

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

19

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

Félix L'HOSTE

Contribution à l'étude

DE LA

TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE

DU GROS INTESTIN

CHEZ L'ENFANT

Président : M. HUTINEL, professeur

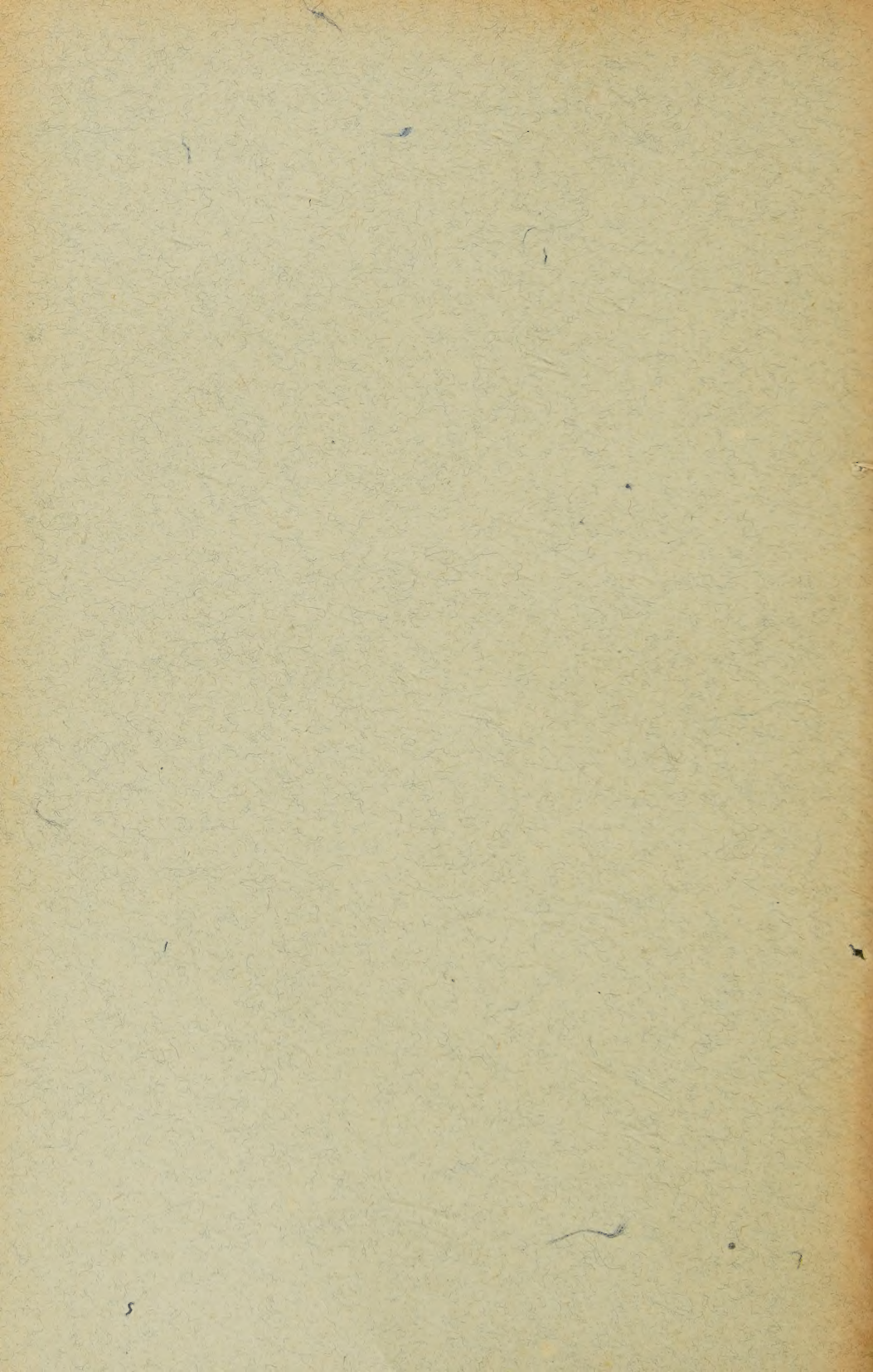
Juges { MM. THIROLOIX, agrégé
GOUGET, agrégé
CASTAIGNE, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—
1909



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554632_0048

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

19

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

Félix L'HOSTE

Contribution à l'étude

DE LA

TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE

DU GROS INTESTIN

CHEZ L'ENFANT



Président : M. HUTINEL, professeur

Juges { MM. THIROLOIX, *agrégé*
GOUGET, *agrégé*
CASTAIGNE, *agrégé*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHT
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale.		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.		PINARD
		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRI	POTOCKI
BEZANCON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONOD

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

MONSIEUR LE DOCTEUR OULMONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR DELAUNAY

Chirurgien de l'hôpital Péan.

En témoignage de reconnaissance

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE du GROS INTESTIN
CHEZ L'ENFANT

HISTORIQUE

La tuberculose hypertrophique du gros intestin n'est connue que depuis peu. Ce sont les recherches anatomiques de Pilliet et Hartmann, les leçons cliniques de M. le professeur Dieulafoy, les thèses d'Alglave et de Belgrand, la monographie de MM. Berard et Patel sur les tuberculoses chirurgicales de l'intestin qui ont, pour la première fois, attiré l'attention sur elle. Comme les plus anciens de ces travaux, ne remontent guère à plus d'une vingtaine d'années, on comprend que l'énumération en soit facile. On se rend compte du même coup, de la raison pour laquelle la plupart des ouvrages de médecine infantile donnent si peu de détails sur la tuberculose hypertrophique de l'intestin, observée avant vingt ans. De ces ouvrages

les plus anciens, Baginski, Bouchut, Heubner, d'Espine et Picot, Cadet de Gassicourt, Descroizilles, Rilliet et Barthez etc., n'en font aucune mention. Parmi les plus récents, MM. Lesné, Comby, Fischl lui consacrent quelques lignes, et seuls MM. Hutinel et Nobécourt en donnent une description complète. M. Lesné (1) écrit simplement : « Le tuberculome hypertrophique du cæcum, sur lequel Dieulafoy dernièrement encore, attirait l'attention est tout à fait exceptionnel chez l'enfant, de même que la tuberculose hypertrophique du côlon. »

Et quelques pages plus loin, il résume en deux lignes les caractères cliniques de cette forme de tuberculose intestinale : « La tuberculose hypertrophique du cæcum chez l'enfant est rarement primitive. La diarrhée est entremêlée de périodes de constipation ; l'inappétence et l'amaigrissement sont tardifs. Il existe dans la fosse iliaque droite, une tumeur douloureuse en général mobile, de volume variable, diffuse, inégale. Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés. La guérison est possible par la transformation fibreuse, ou bien apparaissent des complications : rétrécissement, péritonite tuberculeuse, péritonite par perforation, ou phlegmon iliaque avec fistule pyo-stercorale. »

M. J. Comby (2) consacre lui aussi une courte description à la tuberculose hypertrophique du cæcum : « La tuberculose du cæcum présente parfois des apparences d'une tumeur de la fosse iliaque droite : c'est une tuberculose

1. LESNÉ. *Tuberculose de l'estomac et de l'intestin. — Traité Grancher-Comby*, 2^e éd., t. II, p. 279.

2. J. COMBY. *Tuberculose de l'intestin. — Traité des maladies de l'enfance*. Rueff, 5^e édition, p. 396. Paris, 1907.

hypertrophiante, avec épaissement énorme des parois de l'intestin pouvant faire penser à un néoplasme, à un sarcome. Les symptômes rappellent tantôt une tumeur, tantôt l'appendicite. On aura à éliminer la tumeur stercorale, le lymphodénome, le sarcome, le rein mobile, l'hydronéphrose, l'entérite chronique, la péritonite, etc. Le Dr Marcelo Vinas en a rapporté un bel exemple chez une fillette de treize ans. »

M. R. Fischl (1) se contente d'écrire : « La tuberculose hypertrophique du cæcum ou de l'appendice est très rare ; par contre l'appendice vermiforme est, d'une façon relativement fréquente, le siège d'une inflammation spécifique et paraît ratatiné ou sclérosé, ou encore tuméfié et d'aspect lardacé. La séreuse montre ensuite des noyaux caséux, qui se trouvent aussi dans la sous-séreuse, souvent encore sous le péritoine voisin ; les glandes lymphatiques voisines ont subi la dégénérescence caséuse. »

La description la plus complète de la maladie qui nous occupe se trouve dans l'article de MM. Hutinel et Nobécourt (2). Ces auteurs rappellent les cas de Vinas, Phocas et Carrière, Epstein, Guinon et Pater, Méry et Babonneix et ajoutent : « Cette variété siège en général au niveau du cæcum. La lésion débute généralement au voisinage de la valvule de Bauhin, envahit le cæcum et même une portion du côlon ascendant ; l'iléon est indemne.

1. Fischl, *Handbüch der Kinderheilhunde*. Bd II, H. I, p. 178.

2. Hutinel et Nobécourt. *Les maladies des enfants*, t. II, p. 369-379. Asselin et Houzeau édit, Paris, 1909.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une tumeur formée par un tissu scléro-lipomateux, qui englobe le cæcum, la terminaison de l'iléon et de l'appendice ; les parois du cæcum sont épaissies de 1 à 4 centimètres, lardacées, d'apparence sarcomateuse ; sa cavité est rétrécie et la surface interne présente des saillies, des végétations polypeuses et papillomateuses et quelques ulcérations. La valvule est ulcérée ou épaissie et indurée. L'appendice présente souvent des lésions tuberculeuses. Les parois de l'iléon dans la partie terminale sont épaissies. » Histologiquement : « La tuberculose hypertrophique est caractérisée par l'infiltration embryonnaire des différentes tuniques surtout de la sous-muqueuse, qui présentent un aspect sarcomateux ; les granulations tuberculeuses sont rares ; parfois il existe une tendance manifeste vers la sclérose. Les bacilles sont rares et difficiles à décèler. La production de la tuberculose hypertrophique a été attribuée à des bacilles atténués (Darier, Bezançon et Lapointe).

Cliniquement : « Le début est fastidieux. L'enfant se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen et de coliques prédominant dans la fosse iliaque droite. Les douleurs reviennent par crises qui augmentent progressivement d'intensité. Il existe le plus souvent une constipation opiniâtre persistante, liée à l'obstruction intestinale, interrompue par des débâcles diarrhéiques, parfois une diarrhée jaune ou noirâtre, glaireuse, fétide comme chez la petite malade de Guinon et Pater. Peu à peu l'enfant perd l'appétit, digère mal, s'amaigrit.

« Au bout de trois mois, six mois, un an, l'examen décèle dans la fosse iliaque droite, une induration diffuse

ou une tumeur. Cette tumeur est mobile ou adhérente et a la forme d'un boudin allongé verticalement. Elle atteint le volume d'un œuf de poule, d'une mandarine, d'une tête de fœtus ; elle est généralement irrégulière, bosselée, de consistance ferme, élastique ; elle peut être mate ou sonore. Parfois son volume et sa consistance varient, suivant la présence ou l'absence de matières à ce niveau. Les ganglions inguinaux sont gros et durs.

« L'état général ne tarde pas à s'aggraver ; le petit malade se cachectise ; il y a ou non de la fièvre. Finalement la mort survient, soit par cachexie progressive, soit au milieu de phénomènes d'obstruction intestinale.

« L'évolution est lente et l'intervention chirurgicale peut avoir un résultat favorable ; mais le sujet n'en est pas moins un tuberculeux et on peut voir ultérieurement évoluer une tuberculose pulmonaire.

« En ce qui concerne le pronostic, « les formes hypertrophiques ont une évolution lente. Elles se comportent surtout comme des maladies locales sténosantes de l'intestin. C'est l'occlusion intestinale qui intervient avec son évolution variable, suivant le degré et le siège du rétrécissement. Leur pronostic, toujours grave, peut cependant être modifié dans un sens favorable, par un traitement chirurgical. » Le diagnostic doit surtout éliminer la tumeur stercorale et le sarcome du rectum.

*
* *

Le sujet ne paraît pas avoir plus inspiré les élèves que les maîtres. C'est tout juste si parmi les thèses passées

depuis vingt ans à la Faculté, nous en trouvons deux ou trois consacrées à la tuberculose hypertrophique au gros intestin chez l'enfant. Parmi elles citons le travail de M. Benoist, sur la tuberculose iléo-cæcale (Th. Paris, 1893) qui contient deux observations, l'une empruntée à M. Broca l'autre à Billroth, et la toute récente monographie de M. le Dr Paul Geslin sur la tuberculose sténosante du cæcum avec une observation communiquée par M. Broca (Th. Paris 1909). Citons encore une revue générale de M. J. COMBY dans les *Archives de Médecine des Enfants*, 1904, p. 680.

Dans son ouvrage, M. Geslin déclare (page 11) que la tuberculose cæcale sténosante est très rare chez l'enfant puisqu'il n'a pu en trouver que trois cas dans toute la littérature. Les recherches de cet auteur n'ont peut-être pas été poussées aussi loin qu'il l'aurait fallu. Sans prétendre avoir fait une bibliographie complète de la question, nous avons réuni 8 observations, concernant la tuberculose hypertrophique du gros intestin chez l'enfant. C'est sur elles que nous allons nous baser pour rédiger ce modeste travail. Les voici par ordre chronologique :

- 1° BILLROTH et BENOIST, 1891 ;
- 2° BENOIST. Thèse de Paris, 1893 ;
- 3° MARCELO VINAS (*Revista de la Soc. med. Argentina*, 1901) ;
- 4° PHOCAS et CARRIÈRE (*Bul. médical*) 1 octobre 1901 ;
- 5° EPSTEIN, *Wien. Kl. Rundschau*, 28 février 1904 ;
- 6° GUINON et PATER, *Bul. Soc. Pédiatrie*, 1906 ;
- 7° MÉRY et BABONNEIX (*Revue de la tuberculose*), août 1908 ;
- 8° GESLIN. Thèse de Paris, 1909 ;

ETIOLOGIE

Nous envisagerons successivement les causes prédisposantes et les causes déterminantes de la tuberculose hypertrophique du gros intestin.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — En ce qui concerne l'âge, la maladie a été observée :

A quatre ans (Guinon et Pater) ;

A cinq ans (Méry et Babonneix) ;

A cinq ans et demi (Epstein) ;

A dix ans (Billroth) ;

A onze ans (Phocas et Carrière) ;

A douze ans (Benoist) ;

A treize ans (Vinas et Geslin) ;

On peut donc dire s'il est possible de tirer des déductions certaines de ces quelques résultats que la tuberculose hypertrophique de l'intestin s'observe surtout, chez l'enfant, à deux âges : de quatre à cinq ans et de dix à treize.

Remarquons d'ailleurs avec les classiques, *l'exceptionnelle rareté* de la maladie avant douze ans. « Les 82 cas réunis par Epstein (4 de Sælzer, 9 de Czerny, 5 de Kœnig, 5 de Kœrte, 6 d'Obrastzow, 53 de Conrath, concernent tous des sujets âgés de plus de douze ans » (Méry et Babonneix).

Pour le sexe, nous trouvons dans les huit observations, cinq concernant le sexe féminin (Epstein, Marcelo Vinas, Guinon et Pater, Méry et Babonneix, Geslin) et trois de sexe masculin (Billroth, Benoist, Phocas et Carrière).

Parmi les *autres causes prédisposantes* il faudrait citer les traumatismes, les erreurs de régime, les troubles digestifs antérieurs. Malheureusement les observations sont assez peu explicites à ce sujet. D'ailleurs lorsque dans la relation d'un cas de tuberculose hypertrophique du gros intestin, on dit que l'enfant présentait depuis plus ou moins longtemps de l'anorexie ou de la diarrhée, il est impossible de savoir si ces troubles sont la cause ou l'effet de la maladie. Plus intéressants sont les renseignements portant sur une période de la vie plus éloignée

C'est ainsi que dans le cas de MM. Guinon et Pater, nous trouvons noté que l'enfant âgée de quatre ans lorsqu'elle a commencé à dépérir, avait eu de l'entérite dans les premiers mois de la vie. De même la petite malade de MM. Méry et Babonneix « se plaint du ventre depuis l'âge de deux ans et a constamment de la diarrhée ».

Le sujet de MM. Phocas et Carrière aurait eu « à l'âge de dix ans un commencement de péritonite qui dura cinq ou six semaines ». Notons aussi que sa mère avait eu deux ou trois ans auparavant, une attaque d'appendicite terminée par résolution. Il y avait donc dans cette famille une *hérédité intestinale*, une sorte de débilité, plus ou moins analogue à la débilité rénale décrite par M. Castaigne et qui explique que les germes de la tuberculose doivent venir se fixer, chez le petit malade en question, sur le cæcum plutôt qu'en tout autre point du corps.

Nous ne trouvons d'antécédents de traumatisme que dans le cas de M. Benoist communiqué par M. Broca : « Fort intelligent, l'enfant expliquait qu'il se trouvait en fort bonne santé, lorsqu'il y a trois ans, le 15 février 1890, il reçut un coup de boucle de ceinture sur la partie droite du ventre. La douleur fut assez forte pour l'empêcher de manger ; pas de vomissements. Quatre à cinq jours après, il remarquait qu'il avait un gonflement et entra à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Là il subit, par deux fois, une opération sur laquelle nous manquons de renseignements et en sortit deux mois et demi après avec une plaie qui donnait de l'humeur. »

CAUSES DÉTERMINANTES. — Il n'y en a évidemment qu'une, c'est la tuberculose.

En principe nous devrions donc nous trouver en présence de descendants de tuberculeux, d'enfants suspects eux-mêmes, porteurs d'adénopathies trachéo-bronchiques, cervicales, inguinales, de coxalgies, de spina ventosa et ayant l'aspect bien connu des petits tuberculeux : facies aimable, cils longs et veloutés, cou élancé, thorax maigre avec les omoplates saillantes, nodosités lymphatiques de la paroi de l'abdomen. En réalité il est loin d'en être toujours ainsi. Consultons à ce sujet les observations : la première, celle de Bilroth, concerne un enfant peu développé, maigre, toussant et crachant depuis quelques mois, mais dont l'expectoration ne contenait pas de bacilles ; une injection sous-cutanée de tuberculine fit monter la température à 40 degrés. Nous avons déjà vu que l'enfant observé par MM. Phocas et Carrière « avait une constitution peu brillante » et que vers six ans il eut un début

de péritonite. Enfin dans l'observation de M. Geslin, on lit que la mère a eu une hémoptysie il y a trois ans et une pleurésie il y a deux ans et qu'elle a eu neuf enfants dont six sont morts en bas âge, quatre de cholérine, un du croup, un de méningite. Mais à côté de ces faits ou les antécédents héréditaires ou personnels, sentent pour ainsi dire la tuberculose combien d'autres où l'on ne trouve rien et où les anamnestiques indiquent seulement que l'enfant a toujours été bien portant jusqu'au début des accidents actuels.

Comment se produit le tuberculome ! C'est là une question qui n'est pas encore absolument résolue. Les travaux de Villemin, de Dobroklowski et de Tchistovitch ont montré que les bacilles de Koch peuvent infecter un intestin normal ; se frayant un passage à travers la couche épithéliale, ils cheminent dans les espaces intercellulaires et peuvent aller jusqu'au péritoine ou s'arrêter dans la sous-muqueuse de l'intestin. Dans le premier cas ils déterminent l'apparition d'une péritonite tuberculeuse, c'est-à-dire indépendante de toute entérite de même nature ; dans le second ils provoquent de la tuberculose intestinale. Mais pourquoi dans un cas s'agit-il d'entérite ulcéreuse banale, localisée aux derniers segments de l'intestin grêle et caractérisée par des ulcérations longitudinales ou transversales à fond caséeux, à bords hérissés de granulations tuberculeuses et dans un autre de tuberculome hypertrophique cantonné au gros intestin et caractérisé par une tumeur due à l'infiltration de ses diverses tuniques ? C'est ce qu'il est encore difficile de dire. On a admis que les bacilles de Koch

qui interviennent dans ce dernier cas étaient de virulence atténuée. Pour ce qui est de la localisation au cæcum on a invoqué la typho-appendicite chronique, les traumatismes répétés de cette région, la stagnation des matières fécales au niveau de l'origine du gros intestin, la présence à ce carrefour de nombreux organes lymphoïdes. Mais, outre que ces raisons ne sont point péremptoires, elles n'ont rien de spécial à l'enfance. Il n'y a pas lieu de nous appesantir sur elles. La pathogénie de la tuberculose hypertrophique du gros intestin exige donc de nouvelles recherches.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose hypertrophique du gros intestin peut occuper le cæcum ou les angles du côlon. De ces deux localisations, la première est assurément la plus importante : c'est donc d'elle que nous nous occuperons surtout.

Tuberculose iléo-cæcale. — Voyons d'abord la description qu'en donnent les classiques. Lorsque les lésions sont caractéristiques, on constate que le côlon et le cæcum sont adhérents sur tous leurs points, grâce à l'existence d'une couche scléro-adipeuse qui peut atteindre 4 à 5 centimètres d'épaisseur et qui, en dedans, adhère à la paroi cæcale qui apparaît rouge, vascularisée, recouverte de granulations.

Il s'agit là, en somme, d'une sorte de pérityphlite sclérolipomateuse comparable à la pérityphlite scléro-lipoma-

teuse des reins calculeux ou tuberculeux et dont les limites correspondent aux limites mêmes de la région cæcale. Sa longueur peut varier de 5 à 15, 20 et même 30 centimètres; elle s'étend vers le côlon constituant, selon l'expression de Pilliet, « une tuberculose descendante à marche progressive ». Au niveau de l'angle iléo-cæcal supérieur se trouvent de nombreux ganglions. L'appendice peut être sain (Tuffier), ou hypertrophié et dilaté (Hartmann); d'autres fois, il est méconnaissable, englobé dans la masse tuberculeuse. Cette gangue scléreuse peut, dans certains cas, diffuser jusqu'au devant de la colonne vertébrale.

Les chaînes ganglionnaires voisines sont souvent rouges violacées, parfois même chargées de matière caséuse.

Ainsi modifié dans sa conformation et adhérent aux organes voisins le cæcum forme une tumeur située dans la fosse iliaque droite, qui peut être mobile dans l'abdomen par suite de la présence d'un long mésentère, et qui présente parfois des trajets fistuleux; ainsi s'explique que bien des fois l'on ait pris des tuberculoses du cæcum pour des néoplasmes, pour des lympho-sarcomes surtout; cette erreur s'est produite pour une malade opérée par Bouilly et dans d'autres cas rapportés par Chenavaz et Carrière.

Ouvrons maintenant la tumeur. De deux choses l'une : ou on se trouve en présence d'un rétrécissement *valvulaire* ou on a affaire à un rétrécissement *canaliculaire*. Le premier est assez bien décrit par M. Geslin « S'il s'agit d'un rétrécissement valvulaire, dit-il, celui-ci est annulaire. La valvule est alors rigide, rétrécie, indurée. Pour qu'une ulcération puisse arriver à produire cette sténose, il faut

qu'elle soit étendue et occupe la plus grande partie de la circonférence de la valvule et surtout qu'elle ait atteint profondément le tissu valvulaire, car il faut, pour que le tissu scléreux puisse se produire, que la tunique fibreuse ait été envahie comme l'ont démontré Cruveilhier et Leudet.

« Ce rétrécissement au niveau de la valvule peut avoir une autre cause que la cicatrice d'ulcération tuberculeuse. Il s'agit quelquefois d'une tuberculose hypertrophique limitée à la valvule. »

Le plus souvent, le processus hypertrophique envahit les parois du cæcum. Lorsqu'on vient à ouvrir celui-ci, on constate que toutes les tuniques sont excessivement épaissies mais surtout la sous-muqueuse et la sous-séreuse ; la muqueuse apparaît hérissée de villosités, au milieu desquelles se voient de place en place des ulcérations. La valvule iléo-cæcale englobée dans les tissus de néoformation est épaissie, indurée ou détruite. La sténose forme un canal souvent fort long, tortueux et coudé et qui dans un cas de Sachs n'admettait qu'une plume d'oie. Dans un cas de Gross et Sencert « il admettait à peine une petite sonde en gomme, sur 3 centimètres de longueur ». Au-dessus de ce rétrécissement canaliculaire dû à l'hypertrophie concentrique des parois cæcales, l'intestin est en général dilaté. Histologiquement voici d'après la revue générale de M. Verbiac, dans la *Revue de la tuberculose*, les lésions les plus habituelles : « La muqueuse est très épaissie, ses vaisseaux sont extrêmement dilatés ; le revêtement épithélial et les glandes en tube ont disparu. Par places se voient groupés des follicules tuberculeux, entourés d'une

infiltration embryonnaire énorme, pseudo-sarcomateuse. Dans la sous-muqueuse même infiltration embryonnaire et quelques follicules très rares, sans cellules géantes ni éléments épithélioïdes. La couche musculaire très épaissie a des faisceaux dissociés par des cellules jeunes. La couche musculaire très augmentée elle aussi, est remarquable par le développement de ses vaisseaux. Enfin à la limite de la musculuse et de la séreuse dans la zone même des lymphatiques sous-séreux, l'infiltration embryonnaire se dispose en nodules répartis autour des vaisseaux lymphatiques. Ce sont ces tubercules sous-séreux, mi-partie caséifiés, mi-partie sclérosés, qui donnent à la paroi sa rigidité; et ce qu'il faut noter, c'est leur tendance manifeste vers la sclérose ou vers le processus adipeux. (Caussade et Charrière.)

« Dans toutes les tuniques on trouve des amas de bacilles de Koch et des cocci, quelquefois cependant tout germe microbien manque; Il s'agirait donc (Krover, Heaster, Mikolski, Mickulicz, Schlesinger) de rétrécissements d'origine tuberculeuse.

« Les parties avoisinantes de l'intestin, dit encore M. Geslin, présentent des lésions diverses. L'intestin grêle est généralement peu touché par l'infection. S'il est touché ses lésions ont un caractère spécial. Il s'agit alors de lésions ulcéreuses. Le processus hypertrophique ne dépasse pas la valvule iléo-cæcale. L'iléon est dilaté mécaniquement et d'autant plus que la sténose est plus serrée, ses parois sont épaissies, il est quelquefois fortement relié par des adhérences à la tumeur cæcale. Le côlon présente assez souvent un épaississement de ses parois. En effet, si la

lésion hypertrophique ne se propage pas du côté de l'intestin grêle elle le fait encore assez souvent du côté du côlon. Ce qui a fait dire à Jaboulay que c'était une forme descendante, et lui a fait recommander de faire largement du côté du côlon, l'entérectomie pour enlever radicalement et sûrement toute la partie atteinte. »

Ces notions fondamentales étant rappelées, voyons quelles sont les particularités anatomiques de nos cas.

Dans le cas de *Billroth* la tumeur iléo-cæcale est grosse comme une petite tête de fœtus à terme à surface lisse ; elle est en connexité avec l'intestin et occupe la moitié droite du bassin. L'iléon est fortement dilaté ; on y voit, ainsi que sur d'autres anses intestinales plusieurs étranglements cicatriciels (ulcérations tuberculeuses). Une fois enlevée, on constate qu'elle mesure 10 centimètres de long et offre, au niveau de la valvule de Bauhin, une sténose admettant seulement un tuyau de plume. La muqueuse est recouverte de végétations polypiformes, autour et en dehors desquelles se trouve une zone caséuse de 2 centimètres d'épaisseur. A ce niveau se trouvent une infiltration de petites cellules groupées en tubercules et quelques rares cellules géantes. En somme ce qu'il y a d'un peu spécial dans ce cas, c'est l'association d'ulcérations tuberculeuses banales mais cicatrisées au niveau de l'intestin grêle.

Passons au cas de *Benoist*. La fosse iliaque au moment de l'opération est occupée par une masse volumineuse faisant corps avec le cæcum, d'ailleurs très déformé et difficilement reconnaissable. L'intestin grêle est très dis-

tendu et assez congestionné ; le côlon ascendant est induré sur une hauteur notable.

En dehors et en arrière du cæcum, il existe une masse ganglionnaire qui le prolonge dans le méso-colon ascendant et dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal. Les ganglions les plus antérieurs sont ramollis, adhérents à l'intestin et l'un d'eux contient à son centre une cavernule qui communique, d'une part, avec la fistule, et, de l'autre, avec l'intestin. La paroi intestinale est molle et friable, la muqueuse, d'aspect fongueux est parsemée d'une quantité innombrable de petites végétations polypliformes. A l'examen de la pièce, on constate : 1° un épaissement des parois cæcales ; 2° une cicatrice blanchâtre de la valvule cæcale. Donc ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est l'importance des lésions ganglionnaires et la destruction de la valvule iléo-cæcale, remplacée par du tissu nodulaire.

Dans le cas de M. *Vinas*, la tumeur iléo-cæcale est grosse comme un œuf d'autruche et comprend le cæcum, l'appendice, la fin de l'intestin grêle et une partie du côlon ascendant. La tumeur est due surtout à l'hypertrophie des parois cæcales, qui mesurent jusqu'à 8 cm. 1/2 d'épaisseur, la cavité cæcale est très étroite, semée d'ulcérations et de fongosités polypiformes ; la surface externe de l'intestin présente à ce niveau des nodules tuberculeux, enserrés par des brides fibreuses. La seule chose à signaler ici, c'est l'hypertrophie extrême des parois cæcales.

Voyons maintenant le cas de MM. *Phocas et Carrière*. La tumeur complètement indépendante de l'appendice, se présente sous la forme de deux noyaux, l'un est gros

comme une noisette, l'autre comme une noix : ce dernier adhère à la paroi abdominale. Ces noyaux sont ici calcifiés, à, caséifiés ou sclérosés au niveau de leur implantation, l'intestin est aminci et ulcéré. L'appendice, petit, dur est parsemé de noyaux indurés calcifiés. Nous avons donc à relever deux particularités : 1° la disposition nodulaire de la tumeur ; 2° les lésions appendiculaires.

Le cas de *Epstein* est très analogue. L'iléon est très dilaté, le cæcum et le début du côlon ascendant, hypertrophiés. L'orifice iléo-cœcal est nettement rétréci, la séreuse péritonéale est criblée de granulations miliaires. Ici donc lésions diffuses, atteignant aussi le péritoine et qui cependant ont parfaitement guéri après l'opération.

L'examen anatomique de MM. *Guinon et Pater* est plus détaillé. La fosse iliaque, disent ces auteurs, est occupée par une énorme masse du volume d'une tête de fœtus, blanchâtre, à limites irrégulières et qui adhère si intimement aux organes voisins, qu'il est impossible de les en séparer. Elle est constituée : 1° par un segment intestinal comprenant la portion toute terminale de l'iléon, le cæcum et le début du côlon ascendant ; 2° par une atmosphère fibreuse et graisseuse extrêmement épaisse réunissant les parties intestinales aux régions voisines. Dans le méso-appendice sont de volumineux ganglions. Cette masse comprend surtout le cæcum ; l'iléon est sain, mais englobé dans la néo-production pathologique ; il en est de même de l'appendice complètement perméable ; dans la tumeur, il y a beaucoup de ganglions tuberculeux. Après incision, on voit que le cæcum a des parois extrêmement épaissies d'aspect lardacé, de consistance ferme ; sa sur-

face interne est irrégulière, tomenteuse, parsemée de dépressions et de saillies polypiformes ; elle a une coloration rouge foncée ou noirâtre en certains points, jaunâtre, répondant à des zones caséifiées en d'autres. La partie inférieure du côlon ascendant est manifestement épaissie, la muqueuse offre, par places, des suffusions hémorragiques et aussi des ulcérations et des follicules tuberculeux de petite taille. Le foie a l'aspect du foie muscade. Il n'y a pas de tuberculose génito-urinaire. En résumé, cas typique présentant tous les caractères de la tuberculose hypertrophique iléo-cæcale de l'adulte.

L'observation anatomique de MM. *Méry et Babonneix* n'est pas moins intéressante. Elle a montré l'existence de lésions tuberculeuses généralisées : lésions de phtisie pulmonaire, tuberculose du foie, des reins, des épiploons, des ganglions. Il y avait de plus une tuberculose iléo-cæcale que ces auteurs décrivent de la façon suivante : au niveau du cæcum, il existe une tumeur irrégulière, marronnée, grosse comme une mandarine, et entourée de toutes parts de masses ganglionnaires tuberculisées. L'appendice paraît cependant intact, et sa surface interne ne présente ni ulcération, ni épaississements. Les tuniques du cæcum, au contraire, sont épaissies et infiltrées ; la muqueuse, ulcérée, forme des masses bourgeonnantes, villeuses ou polypoïdes entre lesquelles l'ulcération s'enfonce vers la séreuse ; la valvule de Bauhin est partiellement envahie. Le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant sont enfouis sous des masses scléro-lipomateuses.

Mais ce qui individualise absolument l'observation de ces auteurs c'est l'association, au tuberculome iléo-cæcal :

1° de lésions ulcéreuses, d'ailleurs discrètes, de l'intestin grêle ; 2° de tuberculomes hypertrophiques situés le premier à l'angle du côlon, le second sur l'anse sigmoïde. Nous reviendrons plus loin sur ces derniers,

Enfin dans le cas de M. Geslin, M. Broca trouve au moment de l'opération, une volumineuse tumeur assez dure, siégeant sur le cæcum et sur le début du côlon ascendant. L'appendice est adhérent, turgescant. Le haut de l'intestin grêle est extrêmement dilaté ; sur sa surface, se voient quelques granulations tuberculeuses. A l'examen ultérieur de la pièce la valvule de Bauhin est très rétrécie ; à son niveau est une masse blanchâtre tuberculeuse non ramollie. Au-dessus les parois intestinales sont simplement infiltrées. Ce cas est intéressant, parce qu'il rentre dans ces faits de tuberculose hypertrophique iléo-cæcale à localisation valvulaire dont nous avons parlé plus haut.

Tuberculose hypertrophique du côlon. — Elle occupe habituellement les angles de cet intestin et présente des caractères très analogues à ceux de la tuberculose iléo-cæcale. Elle est seulement beaucoup plus rare. Chez l'enfant nous n'en connaissons qu'un cas : celui de MM. Méry et Babonneix. Vu son importance on nous permettra de le citer avec quelques détails.

« La première des tumeurs tuberculeuses est située à 20 centimètres environ de l'orifice anal qui ne présente, ainsi que le rectum, aucune lésion apparente. Elle consiste en un épaississement assez régulier de l'intestin, paraissant porter surtout sur la tunique externe et englobant les ganglions du voisinage qui ont subi une caséifica-

tion totale. Son volume est à peu près celui d'un gros marron. Sa surface externe est mamelonnée blanchâtre, d'aspect grasseux ; quant à sa surface interne elle est ulcérée ; la muqueuse — ou ce qui en reste — forme des saillies irrégulières, bourgeonnantes, entre lesquelles l'ulcération s'enfonce dans la profondeur ; fait plus important encore au niveau de la partie malade, qui est nettement séparée de la partie saine, le calibre de l'intestin est diminué au point de ne laisser passer qu'un objet du volume d'un crayon : il existe donc une sténose canaliculaire d'origine tuberculeuse occupant l'anse sigmoïde.

A 20 centimètres environ au-dessus, nouveau tuberculome occupant une longueur de 4 à 5 centimètres, entouré lui aussi de ganglions caséifiés et présentant la même disposition que le précédent. La sous-séreuse est notablement épaissie. La muqueuse est ulcérée, bourgeonnante, fongueuse : cette ulcération est limitée en haut par une ligne horizontale, en bas par un bord en relief, d'aspect polycyclique. Ici encore les lésions intestinales aboutissent à la sténose.

L'examen histologique de ces tumeurs a confirmé les idées classiques ; elle a montré, de plus, l'existence, sur l'une d'elles, d'une ulcération arrivant jusque sous le péritoine. « Anatomiquement disent MM. Méry et Babonneix, notre observation présente quelques particularités intéressantes. La première est l'intégrité à peu près complète de l'appendice si souvent englobé comme on sait, dans les néoplasies tuberculeuses du cæcum. La seconde a trait à la profondeur de l'ulcération. Nous avons vu que, sur un point, cette ulcération arrivait jusqu'à la séreuse.

On peut donc admettre que si la maladie avait duré encore quelques jours, il se serait produit là, une perforation, dont le résultat aurait été, soit une péritonite généralisée, soit plutôt une péritonite localisée. Remarquons enfin que, dans la paroi des tuberculomes, les formations bacillaires : follicules, cellules géantes sont roses et que nous n'avons pas pu y déceler des bacilles ».

En résumé, il n'y a pas de différences anatomiques fondamentales entre la tuberculose hypertrophique du gros intestin, suivant que celle-ci s'observe chez un enfant ou chez un adulte, et bien que dans les deux cas, elle frappe surtout la région iléo cæcale, elle peut aussi exceptionnellement se localiser au côlon.

SYMPTOMATOLOGIE

On ne connaissait jadis qu'une forme de tuberculose sténosante de l'intestin : la forme chronique ; depuis l'observation de M. Delbet on doit en décrire du moins deux : une très fréquente, c'est la forme chronique, une exceptionnelle : c'est la forme aiguë.

Dans la FORME AIGUE dit M. Geslin, les accidents éclatent brusquement au milieu d'une santé parfaite et subissent une aggravation rapide. Le sujet est pris d'une douleur brusque, très violente, dans la fosse iliaque droite, continue, avec des exacerbations dues aux contractions de l'intestin qui lutte contre l'obstacle. Le malade évacue le bout inférieur de son intestin, puis ni gaz ni matières ne passent plus. Le malade vomit, les vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes. Son ventre se ballonne, ses traits se tirent. Il est prostré. Le pouls est petit et rapide, la respiration accélérée et superficielle.

Si l'on n'intervient pas, la mort peut survenir en quarante-huit heures par syncope brusque, à l'occasion d'un vomissement ; dans les cas aigus, la mort arrive du cinquième au dixième jour, au milieu de phénomènes de collapsus progressif et de septicémie péritonéale.

Voyons maintenant la FORME CHRONIQUE. Contrairement à la précédente, elle débute lentement, insidieusement. Ce

sont habituellement les troubles digestifs qui ouvrent la scène. Dans l'observation de Billroth, on lit que depuis deux ans, il existait des troubles digestifs passagers, des crises douloureuses dans le ventre, des grouillements de l'intestin. Mêmes constatations chez la petite malade d'Epstein. L'enfant examiné par MM. Méry et Babonneix se plaint du ventre depuis l'âge de deux ans et a constamment de la diarrhée, depuis quelques mois il s'y est joint de la céphalée, de la photophobie, de l'amaigrissement.

Les cas de MM. Phocas et Carrière et Geslin, font un peu exception. La maladie « a débuté comme une appendicite par une douleur vive, localisée à la fosse iliaque droite, douleur exagérée par la palpation. A ce moment le malade eut plusieurs vomissements et des selles diarrhéiques ». Le ventre était ballonné.

De même dans l'observation de M. Geslin les accidents initiaux simulèrent l'appendicite. Les accidents peuvent apparaître à la suite d'un traumatisme (Broca).

Signes fonctionnels. — Les plus fréquents sont l'anorexie et les douleurs (Broca) et surtout les troubles des fonctions intestinales. La fillette vue par M. Marcelo Vinas « a souffert, il y a six mois, de vomissements, de céphalalgie et de douleurs abdominales : actuellement elle est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation ». Il est vrai que dans l'appréciation de ces symptômes il faut tenir compte de la tuberculose pulmonaire avancée. Mais, dans la fosse iliaque droite qu'occupe une volumineuse tumeur, il y a de la sensibilité à la pression. En ce qui concerne l'observation de MM. Phocas et Carrière, nous avons vu que, pendant un an avant la crise,

l'enfant se plaignait de douleurs intestinales terminées par l'évacuation de selles diarrhéiques, et qu'au moment de la crise, il y avait eu, en plus d'une douleur très vive à la fosse iliaque droite, des selles diarrhéiques et quelques vomissements.

Depuis deux ans la fillette vue par Epstein présentait des alternatives de diarrhée et de constipation, et éprouvait de temps à autre des douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs revenaient par crises. Avec le malade de MM. Guinon et Pater, le symptôme le plus important était une diarrhée durant depuis sept mois, s'étant installée progressivement, jaune noirâtre ou glaireuse ; plus tard les selles ont lieu deux à trois fois par jour ; elles ont une odeur infecte, elles sont brun chocolat, grumeleuses, très glaireuses et contiennent du sable noir ; quelques glaires colorées par du sang prennent l'aspect noirâtre d'un crachat hémoptoïque.

La petite malade de MM. Méry et Babonneix a la langue blanche, il existe une anorexie presque absolue et une diarrhée profuse continue, constituée par des matières liquides de couleur jaune et d'odeur fétide. Enfin chez la fillette vue par M. Geslin, les accidents avaient débuté brusquement deux ans auparavant, par des coliques très vives, généralisées à tout l'abdomen mais prédominant à droite, par des vomissements alimentaires et bilieux, et par de la constipation. Ces crises se sont reproduites assez régulièrement jusqu'au moment de l'opération.

Etat général. — Presque toujours il s'agit de sujets maigres mal développés, et offrant les apparences du lymphatisme. Voyons le cas de Billroth, il concerne « un sujet peu

développé, maigre, de teint jaunâtre. Aux poumons murmure vésiculaire à droite mêlé de quelques râles ; à gauche au niveau de la cinquième côte, ronchus très nets... Avec la tuberculine réaction à 40 degrés ». Le petit malade de Benoist se souvient d'avoir pendant ses premières années, été souvent malade. La fillette de M. Marcelo Vinas a maigri, a de la fièvre et des sueurs nocturnes. Quelque temps après l'opération elle succombe à la tuberculose pulmonaire. Le malade de MM. Phocas et Carrière « a une constitution peu brillante », et à l'âge de six ans aurait eu un commencement de péritonite qui aurait duré cinq ou six semaines. Depuis un an il se plaignait de douleurs intestinales survenant par crises et terminées par le rejet de selles diarrhéiques. La fillette vue par Epstein était dans un état de cachexie avancée ; n'oublions pas que son père lui-même souffrait de tuberculose. L'enfant dont MM. Guinon et Pater ont rapporté l'observation, a de la diarrhée depuis sept mois ; « c'est un enfant pâle, frêle et un peu triste, elle a peu d'appétit ; elle a de la fièvre » celle de MM. Méry et Babonneix est « triste, abattue, pâle ; elle se couche volontiers en chien de fusil » ; son corps (sauf l'abdomen) est profondément émacié. L'auscultation de ses poumons décèle l'existence d'un souffle caverneux au sommet droit. Il y a de la fièvre hectique, de la micropoly-adénopathie, de nombreux phénomènes de cachexie.

Signes physiques — La tumeur a été perçue, dans presque tous les cas. C'est ainsi que l'observation de Billroth concerne un enfant de dix ans, dans l'hypochondre droit duquel on sentait, au niveau de la région cœcale, une tumeur du volume d'une pomme sensible à la pression,

faiblement mobile dans toutes les directions, de consistance dure, sans adénopathie inguinale. Dans le cas de M. Vinas, on trouve la fosse iliaque droite occupée par une tumeur dure, mate, non fluctuante. Mêmes constatations chez le petit malade de MM. Phocas et Carrière : on percevait, au niveau de la fosse iliaque droite, un empâtement présentant le volume d'un œuf de poule, avec résistance, et siégeant dans les environs du point de Mac Burney. Cette tuméfaction grosse comme une noix, était douloureuse et légèrement mate à la percussion.

L'enfant observée par Epstein présentait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur grosse comme un œuf d'oie, élastique, lisse, relativement mobile. Chez la petite malade de Guinon et Pater, on trouve dans la partie droite du ventre, une tumeur bosselée à contours arrondis, de consistance inégale, presque molle en deux points, plus résistante dans le reste de son étendue, mais nulle part très dure. Elle occupe toute la fosse iliaque droite, débordant transversalement à gauche de 3 centimètres, elle a une longueur maxima de 15 centimètres et une hauteur de 11 centimètres dans la ligne mammaire. En haut, elle reste séparée du foie. Elle est indépendante de la paroi antérieure, elle n'est pas mobile bien que sa forme paraisse modifiable par la pression. Enfin à la percussion elle est tout à fait indolente, nulle part on ne sent de crépitations péritonéales. Voyons enfin l'observation de M. Geslin. Elle est très intéressante par ce que l'on y trouve tous les éléments de ce que l'on appelle quelquefois le syndrome de Kœnig : contractions localisées en un point du ventre, bruits musicaux, ballonnement éphémère dans la même

région de l'abdomen, où la palpation décèle l'existence d'une tumeur. Cette tumeur grosse comme un œuf de poule occupait la partie toute supérieure de la fosse iliaque ; elliptique en bas et en dedans, elle présentait à son extrémité inférieure, un prolongement difficile à délimiter. De consistance ferme, indolente, elle ne suivait pas les mouvements de la respiration, mais pouvait être mobilisée latéralement.

Il y a toutefois des cas où la sensation de tumeur manque plus ou moins complètement. C'est ainsi que dans l'observation de Broca « à la palpation le ventre était résistant, dur et uniformément rétracté ». Il existait une fistule régionale, au pourtour de laquelle « on avait la sensation d'une plaque dure à limites indécises, mais on ne sentait pas de grosses masses pouvant faire songer à une tumeur du cæcum ».

Enfin, dans le cas de MM. Méry et Babonneix, les signes physiques manquaient absolument.

Formes. — Evolution. — Ces accidents évoluent parfois à la façon d'une appendicite. C'est ainsi que dans le cas de MM. Phocas et Carrière, ils débutèrent brusquement par de la douleur au point de Mac Burney, des vomissements, de la fièvre ; quand ces messieurs furent appelés auprès de l'enfant, qu'ils eurent constaté la pâleur et la tachycardie qu'il présentait, ils conclurent à l'existence d'une appendicite subaiguë, et conseillèrent le traitement classique, glace sur le ventre, diète lactée, opium, opération à froid. Nous avons vu qu'il en avait été de même dans le cas de M. Geslin. La tuberculose hypertrophique de l'intestin chez l'enfant peut donc affecter les allures d'une

appendicite *subaiguë ou chronique*. D'autrefois elle donna lieu au syndrome de Kœnig, c'est-à-dire à des signes *d'occlusion intestinale* localisée : une à deux fois par jour, une partie plus ou moins limitée de l'abdomen se tuméfie, devient douloureuse ; on perçoit au-dessus d'elle des contractions vomiculaires énergiques : à son niveau des bruits musicaux : de glouglou, de flûte, de cascade, etc. Parfois enfin, la tuberculose hypertrophique de l'intestin reste absolument latente, ou est confondue avec une entérite tuberculeuse. C'est ce qu'ont noté MM. Méry et Babonneix. « Cliniquement, disent ces auteurs, les choses ont évolué de telle façon, les signes physiques ont été si obscurs, qu'avant l'autopsie, nous pensions à une entérite tuberculeuse banale ».

La maladie se termine assez fréquemment par la mort ; mais ce qu'il importe de dire, c'est que lorsque les lésions ne sont pas trop avancées, qu'il n'y a ni lésions pulmonaires ulcéreuses, ni dégénérescence amyloïde, ni fièvre hectique, la tuberculose hypertrophique de l'intestin est susceptible de guérir radicalement à la suite d'une opération. Celle-ci peut même réussir lorsque les lésions intestinales sont déjà anciennes. Consultons à ce sujet nos observations : elles nous renseigneront en même temps sur la durée des accidents.

OBSERVATION I (*Billroth*). — Ablation incomplète des parties malades. Guérison opératoire. Pas d'autres détails. Durée : deux ans.

OBSERVATION II (*Broca Benoit*). — Ablation totale. Guérison opératoire. Durée : trois ans.

OBSERVATION III (M. Vinàs). — Durée six mois. Mort quelque temps après l'opération par tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IV (Phocas et Carrière). — Début il y a un an. Opération. La guérison se maintenait depuis plus de trois mois au moment où a été publiée l'observation.

OBSERVATION V (Epstein). — Début il y a deux ans et demi. Opération. Guérison qui se maintenait plus d'un an après.

OBSERVATION VI (Guinon et Pater). — Début il y a sept mois. Pas d'opération. Mort dans la cachexie.

OBSERVATION VII (Méry et Babonneix). — Début il y a trois ans. Mort dans la cachexie.

OBSERVATION VIII (Geslin). — Début il y a deux ans. Opération le 22 mai 1907. La guérison se maintenait encore le 45 janvier 1909.

*
* *

Maintenant que nous nous sommes efforcé d'analyser, observations en mains, l'histoire clinique de la tuberculose hypertrophique de l'intestin, chez l'enfant, voyons ce qu'en dit M. Geslin. Cet auteur fait remarquer que, d'après le professeur Dieulafoy : « On ne voit nulle part signalée, dans la tuberculose hypertrophique du cæcum les symptômes ou les complications de l'appendicite. » Exacte pour l'adulte, cette formule, comme nous l'avons montré, n'est pas applicable à l'enfant.

M. Geslin, après avoir indiqué que le début est généralement caractérisé par des troubles gastro-intestinaux : digestions douloureuses et longues, souvent à type hyperchlorhydrique, vomissements, selles irrégulières et diarrhé-

ques, météorisme, péristaltisme, développe d'une façon assez heureuse les éléments du syndrome de Kœnig, lequel ne présente d'ailleurs rien de spécial à l'enfant. Voici sa description : « Il se produit des crises douloureuses violentes, généralement deux ou trois heures après le repas. Le malade est pris d'une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, cette douleur augmente progressivement, le ventre se ballonne vers la fosse iliaque droite quelquefois ; généralement le ballonnement est mal limité car l'effort se répartit sur une grande longueur de l'intestin grêle. Puis, brusquement, la voussure abdominale s'affaisse, pendant que se produisent des bruits musicaux que les malades comparent à un miaulement, à un glouglou de bouteille, ou au bruit d'un ruisseau ; la douleur diminue, puis cesse. Généralement après ces crises il y a un peu de diarrhée. Ossipowski l'explique par la suractivité réflexe des glandes intestinales. L'abdomen peut rester sensible entre les crises. Ces crises douloureuses n'ont pas toujours cette netteté. C'est que, si la sténose du corps du cæcum est canaliculée et tortueuse, elle n'est pas en général très serrée. Le syndrome, dit syndrome de Kœnig, est beaucoup plus net dans les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. Le péristaltisme reste souvent diffus, quoique généralement cependant un peu mieux dessiné vers la fosse iliaque droite. Les bruits musicaux font aussi souvent défaut. »

Quelquefois il y aurait du météorisme permanent, surtout marqué après les repas.

En ce qui concerne les signes physiques, M. Geslin note que la palpitation de la tumeur n'est habituellement pas

douloureuse et que celle-ci se déplace fréquemment vers le sinus formé par la paroi abdominale et la fosse iliaque interne.

« Dans ce cas, la tumeur est située au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèle à elle, en contact immédiat avec la paroi qu'elle semble même repousser en avant.

« Elle peut aussi occuper des sièges anormaux, être située vers la loge rénale par rétraction du méso-côlon, être en position sous-hépatique ou même à gauche par vices de position congénitaux, se trouver à l'ombilic, si un méso plus ou moins développé lui permet des déplacements. Il n'est pas rare de sentir un cordon dur, résistant, le long du côlon ascendant, ce qui indique l'envahissement de celui-ci. Par la palpitation de la partie terminale du petit intestin on détermine quelquefois du clapotage dans la dilatation qui précède le rétrécissement. La percussion, donne au centre de la tumeur une zone de matité qui va en décroissant. Le toucher rectal et le toucher vaginal peuvent donner quelques renseignements. L'examen des poumons ne donne rien généralement, on trouve cependant quelquefois quelques lésions tuberculeuses plus avancées. Dieulafoy dit que l'on trouve quelquefois des traces de tuberculose ganglionnaire amygdalienne ou pleurétique (Geslin). »

En somme, la symptomatologie de la tuberculose hypertrophique intestinale, chez l'enfant, ne diffère pas sensiblement de ce qu'elle est chez l'adulte, si ce n'est que, souvent, elle paraît affecter les allures d'une appendicite plus ou moins franche.

PRONOSTIC. — DIAGNOSTIC

Dans la tuberculose cæcale déterminant des phénomènes de sténose aiguë, il faut reconnaître, avec M. Geslin que le pronostic immédiat est très sombre s'il n'y a pas une intervention rapide, ou si les phénomènes ne cèdent pas spontanément et vite.

Dans la tuberculose cæcale chronique, l'état général peut rester satisfaisant pendant plus ou moins longtemps, mais au bout de quelques mois, voire de quelques années, l'obstruction s'installe, les accès se reproduisent, l'amaigrissement apparaît précédant de peu la cachexie. Sur nos 8 cas nous comptons 2 cas de mort (soit 25 0/0) ; l'un de M. Vinas où la terminaison finale causée par la tuberculose pulmonaire suivit de peu l'opération ; l'autre de MM. Méry et Babonneix, où la mort fut le fait de la cachexie ! Si nous ne tenons pas compte des cas publiés par Billroth et Benoit où les malades ne peuvent être suivis assez longtemps, on voit que la guérison s'est maintenue : trois mois (Phocas et Carrière), un an (Epstein), deux ans (Geslin), après l'opération, nouvelle preuve de ce que nous affirmions plus haut, à savoir que la tuberculose hypertrophique de l'intestin, chez l'enfant comme chez l'adulte, est susceptible de guérir radicalement par une opération opportune.

En dehors de ces cas la mort est le plus souvent le fait de la cachexie tuberculeuse, avec ou sans dégénérescence amyloïde, quelquefois hâtée par une complication locale : péritonite tuberculeuse, perforation de l'intestin conduisant à une péritonite aiguë généralisée, occlusion aiguë, abcès fistuleux et suppurations interminables, tuberculisation du côlon, etc., etc.

Le diagnostic de la forme *aiguë* n'a jamais été fait chez l'enfant. Quant à la forme chronique, elle doit être différenciée des affections suivantes.

Dans l'*appendicite*, d'après M. Geslin, le diagnostic est facile. « L'hyperesthésie cutanée, la douleur bien localisée au point de Mac Burney, les symptômes généraux qui traduisent la toxi-infection née de foyer appendiculaire, dirigent définitivement l'esprit vers le diagnostic d'*appendicite aiguë*. » — En réalité, nous avons vu que l'erreur était beaucoup moins aisée à éviter qu'on ne le croit communément, puisque dans le cas de MM. Phocas et Carrière et dans la propre observation de M. Geslin on avait pensé à une *appendicite subaiguë* presque jusqu'à la veille de l'opération. Le diagnostic est-il donc impossible ? Nous ne le croyons pas. En tenant compte de l'hérédité, des antécédents personnels du malade, des stigmates de tuberculose qu'il présente, de l'évolution des accidents, on pourra sans trop de peine, arriver presque toujours à formuler une opinion exacte.

Le cancer de la région iléo-cæcale, de même que l'*actinomycose* sont tellement exceptionnels chez l'enfant que nous ne les citons que pour mémoire.

Le diagnostic entre les *adénopathies péri-cæcales* et la

tuberculose hypertrophique du cæcum est presque impossible à faire avant l'opération, car ces adénopathies sont « généralement reliées au cæcum par des adhérences, et il est bien difficile de les différencier par le palper d'avec le cæcum. Leur masse est cependant peut-être moins irrégulière que celle formée par une tuberculose cæcale » (Geslin). L'erreur n'a d'ailleurs ici qu'une importance secondaire, le traitement étant le même, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces affections.

Les tumeurs des os ou des *parties molles remplissant la fosse iliaque*, peuvent à un certain moment envahir l'intestin, mais elles sont si rares chez l'enfant qu'il n'y a guère à en tenir compte.

Le diagnostic le plus difficile à faire chez l'enfant consiste donc à différencier l'appendicite chronique avec anses intestinales adhérentes de la tuberculose iléo-cæcale hypertrophique. C'est ici que les méthodes de laboratoire : intra-dermo-réaction (Mantoux), cuti-réaction (V. Pirquet) et même, à la rigueur, injection sous-cutanée de tuberculine au dixième de milligramme, acquerront toute leur valeur. Il est vrai que, même positives, elles n'indiquent jamais qu'une chose, c'est que le patient présente en un point quelconque de son organisme, des lésions tuberculeuses, mais elles ne permettent presque jamais de les situer avec exactitude.

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose hypertrophique de l'intestin est, chez l'enfant comme chez l'adulte, purement chirurgical. L'opération de choix est l'*entérectomie* sur la technique de laquelle M. Geslin donne les détails suivants : Incision de la paroi abdominale comme pour l'appendicite. Ouverture du péritoine. On dégage le plus possible la tumeur de ses adhérences. Section de l'iléon entre deux fils, généralement au thermocautère. Empaquettement du bout inférieur dans de la gaze si l'on veut aboucher cette section de l'iléon dans l'anastomose qui suivra, ou bien suture totale de la tranche de section, et enfouissement séro-séreux si l'on a l'intention de faire un abouchement latéral de l'iléon. On bascule ensuite le bout cæcal de bas en haut et on sectionne progressivement le méso qui y tient. On fait une double ligature sur le côlon ascendant. On sectionne entre les deux fils. Si l'on ne veut pas faire une anastomose termino-terminale, on suture la tranche de section du côlon et on enfouit cette suture par un séro-séreux. On enlève la masse et les ganglions mésentériques correspondants. On suture la tranche du méso-côlon sectionné. On attire l'iléon vers le côlon ascendant et l'on fait entre eux une anastomose termino-terminale, termino-latérale ou latéro-latérale. On laisse souvent une mèche ou un drain. Suture de la paroi.

L'anastomose termino-terminale ne trouve que rarement ici son emploi, l'iléon étant considérablement dilaté, ce qui fait que les deux tranches de section s'adapteraient mal, réciproquement. Même objection pour l'anastomose termino-latérale. Aussi préfère-t-on, d'habitude, l'anastomose latéro-latérale, avec ou sans bouton anastomotique. Lorsque pour une raison ou pour une autre, cette opération est impossible, on recourra aux opérations palliatives que voici.

L'anus contre nature convient aux sténoses tuberculeuses aiguës du cæcum, lorsque le malade n'est pas en état de supporter une longue opération. On le pratique selon le procédé Nélaton : Incision parallèle à l'arcade crurale droite ; attraction d'une anse du petit intestin ; fixation de l'anse dans la plaie au moyen d'une couronne de points de suture réunissant le péritoine pariétal au péritoine viscéral : ouverture de l'anse. Plus tard on supprime l'anus contre nature en faisant une opération radicale.

A cette opération d'urgence, il convient toutes les fois que la chose est possible de préférer l'entéro-anastomose ou l'exclusion de l'intestin.

L'entéro-anastomose consiste à dériver le cours des matières fécales et à les faire passer directement de l'iléon soit dans le côlon (iléo-colostomie), soit dans l'S iliaque (iléo-sigmoïdostomie). Cette opération est passible de deux critiques ; elle laisse subsister la lésion, elle permet l'accumulation des matières dans la partie d'intestin située entre les deux anastomoses. Par contre elle offre des avantages indiscutables, qu'expose ainsi M. Geslin : « Elle est rapide, sans accroissement bien grand du danger même

pour un malade un peu fatigué. De plus, les surfaces de section étant moins étendues que dans les résections, on se met mieux à l'abri de l'infection et on ne favorise pas la généralisation bacillaire. Cette opération peut même être curative. Peu à peu, en effet, tout le courant intestinal se fait par l'anastomose, la lésion tuberculeuse est au repos, ce qui est un bon élément de lutte contre les foyers tuberculeux. Conrath en a conclu que l'action de la laparotomie se combinait à celle de l'entéro-anastomose et que le résultat était souvent durable. Israël Gzerny, Geasner, Erdkeim, Jaboulay ont fait des observations semblables. »

L'exclusion intestinale a pour but d'empêcher absolument le passage des matières au niveau d'une partie donnée de l'intestin. Elle peut être bi ou unilatérale.

L'exclusion bilatérale comporte deux sections définitives, l'une en amont, l'autre en aval de la lésion, et l'abouchement à la peau du segment isolé ; dans un second temps, on anastomose les deux bouts de l'intestin pré et rétro-cæcaux.

L'exclusion unilatérale consiste à sectionner l'intestin au-dessous de la lésion et à l'implanter au-dessus, terminalement de façon à mieux l'isoler de la circulation des matières. Elle convient particulièrement aux lésions tuberculeuses du cæcum. La lésion reste ainsi au repos absolu et les produits de sécrétions trouvent toujours d'autre part, une voie suffisamment ouverte.

On a reproché à cette dernière opération de laisser à sa suite une diarrhée incoercible, mais cet accident ne se produit pas si l'on abouche l'iléon au début de la partie

flottante de l'S iliaque. Quant à l'objection de permettre le reflux des matières vers le cæcum, elle est encore moins justifiée.

Quand les malades doivent ils, quand ne doivent-ils pas être opérés ? La diarrhée, contrairement à ce qu'on a dit, ne contre-indique pas l'intervention, au moins palliative si le patient n'est pas trop affaibli.

Il en est de même pour les foyers de tuberculose pulmonaire : « Je prétends que, sauf bien entendu les cas de tuberculose pulmonaire désespérée, toutes les indications sont du côté de la sténose intestinale en raison même de l'influence qu'elle exerce sur l'état général et par là sur l'état des poumons ». (Tuffier.)

L'opération est donc indiquée dans la très grande majorité des cas ; elle doit être aussi précoce que possible. Chez un sujet cachectique on se contentera d'une intervention palliative : « Entéro-anastomose ou exclusion ; de même si la lésion est trop adhérente aux organes voisins ou aux plans profonds. » (Geslin.)

Voyons maintenant les résultats obtenus en pathologie infantile :

Billroth opère l'entérectomie, suivie de l'entérorraphie circulaire, mais est obligé de se contenter d'une opération incomplète. Cependant le malade guérit.

Broca (Benoit) pratique l'entérectomie suivie de l'entérorraphie circulaire. Guérison.

Vinas. Entérectomie. La malade succombe peu après de la cachexie.

Pocas et Carrière. Entérectomie complétée par l'en-

fouissement des ulcérations sous une série de sutures à la Lambert. Guérison.

Epstein. Entéro-anastomose iléo-colique suivie de guérison.

Geslin. Entérectomie avec anastomose latéro-latérale. C'est cette dernière opération qui paraît préférable d'après M. Geslin. Mais si restreinte que soit cette statistique, on voit que l'intervention chirurgicale constitue le meilleur mode de traitement pour la tuberculose hypertrophique de l'intestin, chez l'enfant, comme chez l'adulte.

OBSERVATION I (Billroth)

(Thèse de Benoît, Paris, 1893.)

E. P..., dix ans, 4 février 1891.

Antécédents. — Depuis deux ans troubles digestifs passagers, crises douloureuses dans le bas ventre, grouillement de l'intestin. Constipation habituelle, rarement diarrhée.

Le 5 janvier dernier, le médecin traitant constata l'existence d'une tumeur dans le ventre.

Etat. — Sujet peu développé, maigre, de teint un peu jaunâtre. Cœur sain. Poumons : murmure vésiculaire à droite mêlé de quelques râles (?); à gauche, au niveau de la cinquième et la sixième côte, ronchus très nets; pas de bacilles dans les crachats. Dans l'hypocondre droit, au niveau de la région cæcale, on sent une tumeur du volume d'une pomme, sensible à la pression, faiblement mobile dans toutes les directions, de consistance dure. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. Avec la tuberculine, réaction de 40 degrés.

Opération, le 26 février 1891. — Mélange de chloroforme

et d'éther. Incision cutanée de 14 centimètres, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans vers le ligamen de Poupart.

Après avoir incisé le péritoine, on aperçoit une tumeur grosse comme une petite tête de fœtus, à surface lisse, qui est en connexion avec l'intestin et occupe la moitié droite du bassin. Après l'avoir soulevée, on remarque qu'elle appartient au cæcum. L'iléon est fortement dilaté ; on y voit, ainsi que sur d'autres anses, plusieurs étranglements cicatriciels (ulcérations tuberculeuses).

Non loin de la tumeur, l'intestin grêle et le gros intestin sont entourés de gaze iodoformée. L'iléon est sectionné transversalement, environ à 2 centimètres de la valvule ; le côlon également à 8 centimètres du même point. Les deux sections s'adaptent parfaitement. Entérorraphie circulaire (Czerny Woelfler). Suture du mésentère. A cause de la faiblesse du patient, on dut renoncer à extirper toutes les parties de l'intestin indurées et beaucoup de ganglions mésentériques.

Suture étagée de la paroi abdominale.

Suites. — Le collapsus ne disparut qu'au bout de deux heures. Jusqu'au 6 mars, pas de fièvre. Vin et cognac. Mais alors la température s'élève brusquement. On défait le pansement et l'on constate que deux points de suture ont suppuré. On les enlève et il s'écoule très peu de pus mélangé de matières fécales. Drain. A partir de ce moment, on renouvelle le pansement deux fois par jour. La suppuration diminue promptement. Le 26 mars, la plaie est solidement cicatrisée et le malade sort.

Examen de la pièce. — La tumeur présente 10 centimètres de longueur. Elle offre, au niveau de la valvule de Bauhin, une sténose admettant seulement un tuyau de plume. La mu-

queuse est recouverte de végétations polypeuses autour et en dehors desquelles se trouve une zone calleuse d'environ 2 centimètres d'épaisseur. A ce niveau, se trouve une infiltration de petites cellules groupées en tubercules et quelques rares cellules géantes.

OBSERVATION II (A. Broca)

(Thèse de Benoît, Paris, 1893.)

Emile A..., douze ans, entré le 9 novembre 1893, salle Denonvilliers, n° 31, à l'hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Pendant son enfance il se souvient d'avoir été souvent malade. Fort intelligent, il explique qu'il se trouvait en fort bonne santé lorsqu'il y a trois ans, le 15 février 1890, il reçut un coup de boucle de ceinture sur la partie droite du ventre. La douleur fut assez forte pour l'empêcher de manger, pas de vomissements. Quatre ou cinq jours après, il remarquait qu'il avait un gonflement et entra à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Là, il subit par deux fois une opération sur laquelle nous manquons de renseignements et en sortit deux mois et demi après, avec une plaie qui donnait de l'humeur.

Son état s'étant un jour aggravé, il entra à l'hôpital Trousseau.

Pendant vingt et un jours il resta en observation.

Etat. — Au moment de l'entrée, l'enfant portait une fistule dans la partie droite du ventre, au-dessus du pli inguinal, située sur l'incision probable d'une appendicite ; il en sortait un

peu de pus et des matières liquides seulement, souvent mélangées de gaz. Les douleurs n'étaient pas très vives, il pouvait marcher. Les selles n'ont jamais été interrompues par l'anus. Le petit malade avait peu d'appétit, mais ne vomissait jamais.

Comme signes physiques, à la palpation, le ventre était résistant, dur et rétracté, uniformément. Sur le pourtour de la fistule on avait la sensation d'une plaque dure à limites indécises, mais on ne sentait pas de grosse masse pouvant faire songer à une tumeur du cæcum. Les poumons sont sains. Rien d'anormal dans les urines.

Opération. — Le 30 novembre 1893, dit M. Broca, je fis une incision parallèle à la cicatrice, mais à 4 ou 5 millimètres en dehors d'elle, en laissant en dedans l'orifice fistuleux, qui est cerné par une incision elliptique.

En dedans de l'orifice fistuleux l'incision arrive sur le bord du muscle grand droit. Le péritoine est soulevé, incisé. En dehors et en bas, il est adhérent à une masse qui fait corps d'autre part avec le cæcum ; le cæcum, d'ailleurs, est très déformé, difficilement reconnaissable. Il est absorbé par un intestin grêle très distendu et assez rouge.

En haut il se continue avec le côlon ascendant, induré sur une hauteur notable.

A l'examen attentif, il devient vite évident qu'il existe, en dehors et en arrière du cæcum, une masse polyganglionnaire qui se prolonge dans le méso-côlon ascendant et dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal. Les ganglions les plus antérieurs sont ramollis et adhérents à l'intestin. C'est par l'intermédiaire de l'un deux, sous forme de cavernule fongueuse, que le stylet arrive de la fistule dans l'intestin, dont l'orifice situé un peu au-dessous de l'abouchement de l'intestin grêle est très petit.

La paroi intestinale, molle et friable, se déchire sous le doigt et j'arrive sur une muqueuse d'aspect fongueux parsemée d'une quantité innombrable de petites végétations polypeuses. Rien ne rappelle le cæcum, l'appendice, la valvule iléo-cæcale. Mais en haut et en bas sont des orifices dans lesquels le doigt s'engage et à une certaine distance rencontre des matières fécales.

Je fis immédiatement l'entérectomie. Je réséquai 20 centimètres de l'intestin : côlon et iléon avec un coin de mésentère et en enlevant tous les ganglions aisément accessibles. L'intestin grêle était dilaté, mais normal aux autres points de vue, tandis que le côlon était malade, induré et à muqueuse polypeuse sur une hauteur de 6 à 8 centimètres.

Je fis l'entérorraphie circulaire en commençant par le bord mésentérique. Je fis une suture muco-muqueuse, puis une suture de Lambert. L'intestin grêle était plus large que le côlon ; en avant et en dehors, il resta un endroit où je fis sur l'intestin une entérorraphie longitudinale de 1 cm. 5 de longueur. En ce point je mets un fil pour fixer la suture près de la plaie abdominale. Réduction de l'anse suturée, suture en deux étages. Un drain.

Examen de la pièce. — La pièce est constituée par l'angle iléo-cæcal et une masse ganglionnaire. Epaissement très remarquable des parois du cæcum. A la place où devrait être la valvule cæcale, il y a une induration blanchâtre qui constitue un rétrécissement très net.

La pièce a été remise à M. Pilliet, qui a trouvé, dans cet examen histologique, un cas typique de tuberculose lymphoïde du cæcum.

Les suites opératoires ont été fort simples.

OBSERVATION III

Mercalo Vinas. — *Revista de la Soc. Med. Argentina*, 1901.

Une fillette de treize ans a souffert, il y a six mois, de vomissements, de céphalalgie et de douleurs abdominales ; actuellement, elle est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation, maigrit, a de la fièvre et se plaint de sueurs nocturnes. Dans la fosse iliaque droite, qui est très sensible à la pression, on perçoit une tumeur dure, mate, non fluctuante. La malade est opérée, et on lui enlève une masse grosse comme un œuf d'autruche ; le cæcum, l'appendice, l'intestin grêle, et une partie du côlon ascendant. Quelque temps après, elle succombe à la tuberculose pulmonaire.

La tumeur pèse 505 grammes ; elle est due surtout à l'hypertrophie des parois cæcales, qui mesurent jusqu'à 8 centimètres et demi d'épaisseur ; la cavité cæcale est très étroite, semée d'ulcérations et de fongosités polypiformes ; la surface externe de l'intestin présente à ce niveau des nodules tuberculeux serrés par des bandes fibreuses.

OBSERVATION IV

(Phocas et Carrière. — *Nord Médical*, 1^{er} octobre 1901.)

Le nommé L... Marcel, âgé de onze ans, demeurant à Lille, client de M. le Dr Dubois.

C'est un enfant d'une nombreuse famille (9 enfants, tous bien

portants). On ne note rien du côté des ascendants héréditaires, sauf une attaque d'appendicite dont la mère de l'enfant fut atteinte il y a trois ans. Cette attaque s'est terminée par résolution.

Notre malade a une constitution peu brillante. A l'âge de six ans il eut un commencement de péritonite qui dura cinq ou six semaines. Depuis un an, il se plaignait de douleurs intestinales survenant par crises. Une selle diarrhéique terminait souvent les crises. Scarlatine bénigne pendant l'hiver.

Le début de la maladie actuelle date du 6 juin. Cette maladie a débuté par une douleur très vive, localisée au niveau de la fosse iliaque droite, douleur exaspérée par la palpation. A ce moment, le malade eut plusieurs vomissements, des selles diarrhéiques (2 ou 3 par jour). Pas de fièvre. Le Dr Dubois qui soignait le malade constata un certain ballonnement du ventre qui était sensible à la pression. Bientôt il perçut au niveau de la fosse iliaque un empâtement présentant le volume d'un œuf de poule avec rénitence. Cette tuméfaction siégeait dans les environs du point de Mac Burney.

Appelé en consultation, je trouve un enfant pâle, avec pouls faible et un peu fréquent (90 pulsations) ; le ventre est un peu ballonné, mais je trouve facilement une tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction grosse comme une noix est douloureuse. Elle siège un peu au-dessus de la ligne spino-ombilicale ; elle est légèrement mate à la percussion.

Ayant été mis au courant de la marche de l'affection, je conclus à l'existence d'une appendicite subaiguë qui est en train de guérir. Je conseille de continuer le traitement déjà institué par M. Dubois à la glace sur le ventre, l'opium, la diète lactée et quelques lavements et je conseille l'opération à froid

(quatre semaines environ après la crise aiguë). L'opération est acceptée.

Opération le 3 juillet, avec l'aide de M. le D^r Dubois fils, qui donne le chloroforme. L'opération est faite chez le malade après avoir pris les précautions d'usage, nous faisons l'incision de Roux et nous ouvrons le péritoine repéré avec des pinces. Des compresses aseptiques protègent la cavité abdominale. Cependant la tuméfaction qui paraissait superficielle, présentait des adhérences avec le péritoine pariétal, et avant de le libérer, nous nous attachons à découvrir le cæcum, l'angle iléo-cæcal et l'appendice.

Nous nous rendons compte que la tumeur que nous avons sur les yeux n'est pas appendiculaire, car l'appendice est plus petit et ne paraît pas adhérent. La tumeur elle-même est disséquée, séparée de ses adhérences pariétales, et se présente sous la forme de deux noyaux ; l'un de ces noyaux est gros comme une noisette, l'autre est du volume d'une noix. Ce dernier adhère à la paroi abdominale. Tous les deux s'implantent sur la face externe du cæcum. Ces noyaux sont d'une couleur laiteuse, d'une consistance inégale, mous par places, calcifiés sur d'autres points. Avec le doigt, nous arrivons à détacher ces noyaux de l'intestin, qui, au niveau de leur implantation, est ulcéré et aminci. Ces ulcérations, nous les traitons de la manière suivante : Nous les grattons d'abord avec une curette, nous les cautérisons ensuite au thermocautère, et, pour terminer, nous les enfouissons sous une série de sutures à la Lambert.

Nous trouvons ensuite l'appendice qui est plutôt petit, mais dur dans sa totalité et parsemé de noyaux durs, calcifiés, de même nature que ceux que nous avons excisés au niveau du cæcum, mais paraissant plus anciens et en voie de guérison.

Nous terminons l'opération suivant la manière habituelle, et craignant pour la solidité du cæcum, nous drainons.

Le drain est enlevé le troisième jour, et les suites opératoires sont absolument normales, sans aucune fistule.

A l'heure actuelle (trois mois après l'opération) l'enfant est en bonne santé. Il a engraisé beaucoup, mange bien, est débarrassé de ses troubles intestinaux. En un mot, il paraît en parfaite santé.

Pendant l'opération, nous avons abandonné l'idée de l'appendicite, et nous nous sommes comporté selon la doctrine de la *para-appendicite* du Dr Quénu, c'est-à-dire que nous nous sommes attaché à traiter les lésions para-appendiculaires.

Ces lésions nous ont paru tout de suite de nature tuberculeuse, mais la calcification que nous constatons par place paraissait bien augurer de l'avenir. Aussi notre opération a-t-elle été conservatrice. Nous nous sommes contenté de débarrasser le cæcum de ses grosses lésions, de gratter les ulcérations et de les enfouir dans la cavité intestinale, nous fiant sur le processus fibreux pour activer la guérison. L'événement nous a donné raison.

A aucun moment, l'idée du cancer ne nous a troublé l'esprit, et cela, sans doute, parce que nous opérions un enfant.

L'examen microscopique des pièces confié à M. Carrière a donné les résultats attendus.

OBSERVATION V

Epstein (de Kiew). — *Wien. kl. Rundschau*,
28 fév. 1904, p. 148.

Ein Beitrag zur Pathologie der ilcocælen tuberkulose

Une fillette de cinq ans et demi, présentant depuis deux ans des alternatives de diarrhée et de constipation, est amenée à l'hôpital parce qu'elle éprouve, dans la fosse iliaque droite, des douleurs assez vives et qui reviennent par crises. A l'examen de l'abdomen, on découvre, à ce niveau, une tumeur grosse comme un œuf d'oie, élastique, lisse, relativement mobile. Le père souffrant de tuberculides, et la malade elle-même étant dans un état de cachexie avancée, on fait le diagnostic de tuberculose iléo-cæcale et l'on procède, presque aussitôt, à la laparotomie. L'iléon apparaît très épaissi et dilaté, le cæcum est entouré d'adhérences ; ses parois sont hypertrophiées, de même que celles du début du côlon ascendant. L'orifice iléo-cæcal est nettement rétréci. La séreuse péritonéale est criblée de granulations miliaires. L'entéro-anastomose entre l'iléon et le côlon transverse est suivie de guérison : un an après, l'enfant était en excellente santé.

OBSERVATION VI

Guinon et Pater. — *Bull. Soc. Pédiatrie*, 24 avril 1906

Une enfant de quatre ans, Marcelle R..., nous est amenée à l'hôpital Trousseau pour une diarrhée qui dure depuis sept mois.

Aucun antécédent héréditaire notable : père, mère et trois sœurs en bonne santé.

Née à terme, élevée à l'allaitement mixte, elle a marché à dix-huit mois. Elle a eu de l'entérite dans les premiers mois de la vie.

La diarrhée s'est établie peu à peu, jaune ou noirâtre, glaireuse ; son ventre a grossi depuis deux mois. Elle a beaucoup maigri, elle a perdu l'appétit, enfin elle a de la fièvre.

13 mars 1906. — *Etat actuel* — C'est une enfant pâle et frêle, un peu triste ; elle a peu d'appétit, mais mange cependant ce qu'on lui donne sans vomissements. Elle ne paraît pas avoir de douleur spontanée ; les garde-robes ont lieu deux ou trois fois par jour ; elles ont une odeur infecte, elles sont brun chocolat, grumeleuses, très glaireuses et contenant du sable noir ; quelques glaires colorées par du sang prennent l'aspect noirâtre d'un crachat hémoptoïque.

Le ventre est gonflé à droite ; on y constate, en effet, une tumeur bosselée, à contours arrondis, de consistance inégale, presque molle en un ou deux points, plus résistante dans le reste de son étendue, mais nulle part très dure. Cette tumeur occupe toute la face iliaque droite, débordant transversalement l'ombilic à gauche de 3 centimètres ; elle a une longueur maxima de 15 centimètres et une hauteur maxima de 11 centimètres dans la ligne mammaire. En haut, elle n'atteint pas le foie, et reste séparée par un sillon où la main pénètre facilement. Elle est indépendante de la paroi antérieure, elle n'est pas mobile bien que sa forme paraisse modifiable par la pression. Enfin, elle est mate à la percussion ; elle est tout à fait inlolente ; nulle part on ne sent de crépitations péritonéales.

Les ganglions périphériques paraissent peu modifiés. Pas d'altération du murmure vésiculaire.

Nous ne discutons pas longuement la nature de cette tumeur ; elle n'est pas dure, elle n'est pas fluctuante, elle est molle par placée et comme élastique ; elle occupe la région du cæcum ; c'est donc une *tumeur cæcale* ; sa nature ne peut être que *tuberculeuse*, car il n'y a aucun signe de lymphadénie et, d'autre part, le péritoine paraît relativement intact, ce qui éloigne la péritonite tuberculeuse.

Le diagnostic est corroboré les jours suivants (19 mars) par le fait que le volume semble diminuer, que ses contours semblent moins nets, enfin que sa consistance est plus simple, plus dépressible.

Le traitement est le suivant : régime purement farineux, sans œufs, sans lait ; bouillon lactique, bi-microbien préparé par M. Ribadeau-Dumas ; calomel et huile de ricin, dès le début ; sous cette influence, les selles perdent leur odeur fétide ; les lavages à l'eau oxygénée très diluée nettoient l'intestin ; le ventre s'assouplit.

21 mars. — La tumeur a de nouveau grossi, elle est plus tendue, et cependant elle n'est pas douloureuse.

24 mars. — Nous sentons de la crépitation nerveuse.

Les jours suivants, aucun changement notable. Le poids reste constant : 12 kgr. 700. On conduit l'enfant le 31 mars dans le service de chirurgie de M. Rieffel.

Là apparaît une diarrhée profuse et fétide, et l'enfant s'affaiblit et maigrit rapidement ; elle commence à tousser.

3 avril. — Urticaire ; signes de bronchite.

L'affaiblissement augmente tous les jours et l'enfant succombe le 8 avril.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort, cavité thoracique. Les poumons ne présentent pas d'adhérences. D'aspect normal à la loupe, ils ne sont en aucun point tuberculeux, les ganglions trachéo-bronchiques de très petite taille semblent normaux ; aucun d'eux n'est tuberculeux.

Pas de liquide dans la plèvre.

A l'ouverture du péricarde, il s'échappe une trentaine de grammes au plus d'un liquide jaune citrin. Le péricarde semble pourtant normal.

Le cœur présente dans le ventricule gauche, adhérant à la grande valve de la mitrale, un caillot blanchâtre ; sur la face auriculo-ventriculaire de l'orifice mitral existent quelques fines végétations rosées. Gros caillot fibrineux blanchâtre sur l'oreillette droite.

Abdomen. — A l'ouverture du ventre, on ne constate pas d'ascite.

La fosse iliaque droite est occupée par une énorme masse du volume d'une tête de fœtus, de coloration blanchâtre, par endroits rosée, et dont les limites sont très irrégulières. Cette masse qui correspond à la tumeur sentie pendant la vie est impossible à extirper. Elle adhère si fortement par sa partie postérieure et externe, qu'on détermine en essayant de la libérer une large déchirure occupant le côté droit du cæcum.

Cette masse est formée par des éléments divers : d'une part un segment intestinal contenant la portion toute terminale de l'iléon, le cæcum et le début du côlon ascendant ; d'autre part, une atmosphère fibreuse et grasseuse, unifiant les parties intestinales, et comprenant également la fin du mésentère, le méso-

appendice et de gros ganglions compris dans cette portion du péritoine.

A la dissection, on voit que cette masse comprend surtout le cæcum, puis quelques centimètres de la première portion du côlon ascendant. L'iléon est un peu englobé dans la masse, mais il paraît sain, et n'est uni au cæcum malade que par la langue fibreuse qui agglutine les diverses parties constituanes de la tumeur.

L'appendice cæcal, long de 6 centimètres, est acculé à la face postérieure du cæcum par le même tissu conjonctivo graisseux ; il ne présente pas de lésions microscopiques ; il est complètement perméable et une sonde cannelée pénètre facilement par son orifice cæcal.

De nombreux ganglions font partie de la tumeur ; ce sont ceux du méso-appendice et à le fin du mésentère ; de tailles diverses, ils sont rouges ou jaunâtres, et beaucoup d'entre eux présentent des follicules tuberculeux manifestes.

Après incision de la tumeur on voit que le cæcum a des parois excessivement atteintes par le processus tuberculeux ; irrégulièrement, mais partout épaissies, elles ont un aspect lardacé, blanc ou jaunâtre ; une consistance ferme, et une surface de section parfaitement nette : ce qui domine là, c'est donc l'hypertrophie cæcale.

La face interne est irrégulière, tomenteuse, parsemée de dépressions et de saillies formées par des nodosités de toutes tailles. La coloration est par endroits rouge foncé ou noirâtre, témoignant de lésions avancées, ulcéreuses, alors que d'autres points, mollasses et jaunâtres, sont nettement caséifiés. Ouvert sur toute sa longueur, l'appendice paraît sain. Il s'ouvre

dans une région infundibuliforme non ulcérée et sensiblement moins malade que le reste du cæcum.

La partie inférieure du côlon ascendant est manifestement épaissie, elle présente sur une dizaine de centimètres des lésions consistant en suffusions hémorragiques, abrasement de la muqueuse par places, et traînées jaunâtres de follicules tuberculeux de petite taille, indiquant des lésions beaucoup moins avancées que sur le cæcum, où il est impossible de distinguer les tubercules primitifs.

L'iléon est sain, peut-être sa partie toute terminale est-elle épaissie sur quelques centimètres et présente-t-elle quelques rares tubercules jaune clair. Tout le reste de l'intestin est normal.

Le mésentère est grasseux et très épaissi dans sa région terminale ; le reste paraît sain ; il renferme de nombreux ganglions de toutes tailles, jaunes ou rosés, dont un certain nombre (ceux de la portion inférieure iléo-cæcale) sont manifestement tuberculeux. Les franges graisseuses du gros intestin sont volumineuses. Les épiploons ne sont pas malades en dehors de la région qui nous occupe.

Le foie, légèrement hypertrophié, est gros au toucher et revêt l'aspect du foie muscade.

La rate, les reins, les capsules surrénales sont d'aspect et de poids normaux.

Les organes génito-urinaires ne sont pas atteints.

OBSERVATION VII

Méry et Babonneix. — *Revue de la tuberculose*, août 1908

Augustine K..., âgée de cinq ans, entrée aux Enfants-Malades, salle Parot, le 17 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère est morte poitrinaire.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme et a été élevée au sein par sa mère. Elle a eu ses premières dents à sept mois, a marché à un an et a été sevrée à quinze mois.

Depuis l'âge de deux ans, elle se plaint du ventre, et a constamment la diarrhée. Ces symptômes se sont aggravés dans ces derniers temps ; il s'y est adjoint de la céphalée, de la photophobie, de l'amaigrissement. Aussi le père se décide-t-il de mener sa fillette à l'hôpital.

Etat actuel. — La petite malade est triste, abattue et pâle. Elle se couche volontiers en chien de fusil. On ne relève pas d'hypertrichose chez elle ; elle n'a pas non plus, ces longs cils si fréquemment observés chez les enfants tuberculeux, mais, lorsqu'on la découvre, on est frappé du contraste qui existe entre l'abdomen, qui a acquis un volume anormal, et le reste du corps qui est profondément émacié. La cicatrice ombilicale est dépliée ; la peau, brillante, tendue, les veines sous-cutanées des régions épi-et hypogastrique un peu plus dilatées qu'à l'état normal. La percussion décèle l'existence d'un météorisme intense, généralisé ; le foie est un peu gros, pâteux, et paraît douloureux à la palpation ; la rate n'est pas tuméfiée ; lorsqu'on pratique une palpation profonde de l'abdomen, on ne perçoit

rien d'anormal. La langue est un peu blanche ; la gorge ne présente rien de particulier à signaler ; il existe une anorexie presque absolue et une diarrhée profuse, continue, constituée par des matières liquides, de couleur jaune et d'odeur fétide. Il n'y a pas de fistule anale.

Appareil respiratoire. — Le murmure vésiculaire est partout modifié : au sommet gauche, l'inspiration est seulement un peu rude ; au sommet droit, elle est nettement soufflante, et dans la région sous-calviculaire du même côté, elle prend les caractères du souffle caverneux et s'accompagne de râles sous-crépitants de volume inégal, perceptibles aux deux temps, et donnant l'impression d'un véritable gargouillement ; à ce niveau, la percussion décèle une évidente submatité. Dans le reste des poumons, on perçoit des signes de bronchite diffuse. Il n'existe aucun symptôme fonctionnel d'adénopathie trachéo-bronchique.

L'appareil circulatoire est à peu normal, et il n'y a guère à signaler que l'existence d'une fièvre à type irrégulier et de micropolyadénie. La température, le matin de l'entrée, est de 39°5 ; le soir, elle tombe à 37degrés ; le pouls, régulier mais très rapide, oscille entre 100 et 110degrés. Dans les aines, dans les aisselles et au niveau du cou, on sent de nombreux petits ganglions, durs, roulant sous le doigt, et donnant la sensation des grains de plomb.

En dehors de la tristesse, de la photophobie et de la tendance que présente l'enfant à se coucher en chien de fusil, il n'existe *aucune réaction méningée* : pas de convulsions, pas de raideur pas d'inégalités du pouls, pas de céphalée, de vomissements, d'hyperesthésie cutanée, de troubles pupillaires.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Enfin, il n'existe aucun signe d'hérédo-syphilis.

On essaie de faire absorber à la petite malade un peu de viande crue ; on lui prescrit des badigeonnages au gâïacol, des cataplasmes sinapisés et une potion contenant avec XX gouttes de teinture de cachou, 20 grammes de sirop de ratanhia.

Les *jours suivants*, la cachexie fait de nouveaux progrès. La température, après avoir oscillé entre 40 et 37 degrés finit par baisser, et se maintient entre les chiffres extrêmes de 38°8, 39 degrés pour le soir, et de 37°2 pour le matin. Elle évolue d'ailleurs avec la plus grande irrégularité. La diarrhée persiste avec les caractères que nous avons déjà indiqués. L'enfant refusant toute nourriture, on lui a donné une potion contenant 10 centigrammes de tannate d'orexine.

25 février. — On constate que le foie a augmenté de volume ; il dépasse maintenant de deux travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes droites ; la rate est perceptible ; les signes pulmonaires n'ont subi aucune modification ; la diarrhée que paraît diminuer un peu.

27 février. — Le ventre a encore grossi, mais il n'existe toujours pas d'ascite. Les signes cavitaires notés au sommet droit sont de plus en plus nets. Les ganglions cervicaux deviennent plus apparents. La diarrhée a repris avec plus d'intensité jamais.

Les *jours suivants*, la température continue à osciller entre 38°5 et 37 degrés, avec des ascensions imprévues et des chutes au-dessous de la normale ; le 1^{er} avril, elle commence à s'élever, et, deux soirs de suite, elle atteint 39°4 ; le 4 avril elle retombe à 38°8, le 5, à 38 degrés ; l'amaigrissement fait encore des progrès, la diarrhée est incessante, et, finalement, l'enfant succombe dans le marasme le 6 avril au matin.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, a décelé l'existence de lésions tuberculeuses généralisées. Au sommet du *poumon* droit, existe une vaste caverne occupant presque toute la totalité du lobe supérieur, à surface irrégulière, déchiquetée, recouverte par des débris de parenchyme pulmonaire, des parcelles de caséum, et un peu de liquide ; elle n'exhale aucune odeur. Le reste des poumons est criblé de granulations tuberculeuses, et de nodules plus volumineux situés dans le voisinage des bronchioles. Au niveau du sommet droit, il existe, de plus, un épaissement marqué de la plèvre.

Les *reins* contiennent plusieurs nodules tuberculeux, du volume d'une noisette, de consistance dure, ferme, secs à la coupe, et ayant partiellement conflué. Le reste de l'organe paraît normal : la capsule se détache avec facilité, les substances corticale et médullaire présentent leurs caractères habituels.

Le *foie* est volumineux ; sa surface ne présente rien de particulier, mais à la coupe, on découvre un certain nombre de petites cavités arrondies, de coloration vert-pistache, et qui ne sont autres que des cavernes biliaires. Il existe quelques tubercules assez nets, mais pas de sclérose ; l'organe ne donne pas les réactions de l'amyloïde ; il offre, par places, les lésions de la dégénérescence graisseuse.

La *rate* est atteinte de périsplénite ; de plus, la coupe met en évidence de nombreux tubercules, de volume variable, les uns durs, les autres ayant subi un commencement de ramollissement.

Des formations tuberculeuses analogues criblent le grand et le petit épiploon. Les plus nettes occupent le mésentère et sont

formées aux dépens des *ganglions*. En certains points ces ganglions, caséifiés dans leur totalité, adhèrent à l'intestin, qui présente des lésions multiples.

Gros intestin. — Sur son trajet, on distingue trois tuméfactions arrondies, siégeant, la première sur la région cæcale, la seconde sur le côlon, à peu près au niveau de son angle gauche, la dernière sur l'anse sigmoïde.

Cette dernière est située à 20 centimètres environ de l'orifice anal qui ne présente, ainsi que le rectum, aucune lésion apparente. Elle consiste en un épaississement assez régulier de l'intestin, paraissant porter surtout sur la tunique externe, et englobant les ganglions du voisinage, qui ont subi une caséification totale. Son volume est à peu près celui d'un gros marron. Sa surface externe est mamelonnée, blanchâtre, d'aspect graisseux ; quant à sa surface interne ou externe, elle est ulcérée : la muqueuse — ou ce qu'il en reste — forme des saillies irrégulières, bourgeonnantes, entre lesquelles l'ulcération s'enfonce dans la profondeur ; fait plus important encore, au niveau de la partie malade, qui est nettement séparée par la partie saine, le calibre de l'intestin est diminué, au point de ne laisser passer qu'un objet du volume d'un crayon : il existe donc une sténose canaliculaire d'origine tuberculeuse occupant l'anse sigmoïde.

A 20 centimètres environ au-dessus, nouveau tuberculome occupant une longueur de 4 à 5 centimètres, entouré, lui aussi, de ganglions caséifiés, et présentant la même disposition générale que le précédent. La sous-séreuse est notablement épaissie. La muqueuse est ulcérée, bourgeonnante, fongueuse : cette ulcération est limitée en haut par une ligne horizontale, en bas

par un bord en relief, d'aspect polycyclique. Ici encore, les lésions intestinales aboutissent à la sténose.

Enfin, au niveau du cæcum, il existe une tumeur irrégulière, marronnée, grosse comme une mandarine, et entourée, de toutes parts, de masses ganglionnaires tuberculisées. L'appendice paraît cependant intact, et sa surface interne ne présente ni ulcération, ni épaissement. Les tuniques du cæcum, au contraire, sont épaissies et infiltrées ; la muqueuse, ulcérée, forme des masses bourgeonnantes, villeuses ou polypoïdes, entre lesquelles l'ulcération s'enfonce vers la séreuse ; la valvule de Bauhin est partiellement envahie. Le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant sont enfouis sous des masses sclérolipomateuses.

Sur l'*intestin grêle*, on observe, de place en place, quelques ulcérations ponctiformes, occupant une toute petite partie des plaques de Peyer. Le long du jéjunum, se trouvent encore des ganglions caséifiés.

L'*estomac* est normal.

Examen histologique. — Il a été prélevé, pour cet examen : 1° divers fragments d'intestin ; 2° des morceaux de foie, de rate et de rein. Les pièces, fixées par le formol et incluses à la celloïdine, ont été débitées en coupes qui ont été traitées par les méthodes habituelles de coloration et montées au baume.

Gros intestin. — Deux fragments de tuberculome ont été examinés, portant, l'un et l'autre, sur la région cæcale.

a) Sur le premier fragment, la coupe, perpendiculaire au grand axe de l'intestin, intéresse non seulement les tuniques de ce conduit, mais encore deux ganglions caséifiés situés dans le voisinage, et qui se présentent comme des masses arrondies, dans lesquelles il est impossible de déceler le moindre détail

structural. Cependant, l'un d'eux montre, en bordure, une zone étroite, vivement colorée par l'hématéine, et qui représente sans doute une partie du ganglion respectée par la caséification.

L'ulcération, examinée à un faible grossissement, offre une forme irrégulière ; en un point, elle s'enfonce profondément, détruisant les tuniques muqueuse, sous-muqueuse et musculuse, et arrivant presque au contact de la graisse sous-péritonéale. Dans le reste de la préparation, l'ulcération est limitée, d'un côté, par une zone dans laquelle on aperçoit les culs-de-sac glandulaires, dilatés, élargis, et communiquant partiellement entre eux, de l'autre par une surface à peu près plane. Ces diverses régions sont le siège d'une infiltration embryonnaire massive qui couvre tout, s'insinue dans les espaces interglandulaires, et rend difficile le repérage exact des tuniques. La musculaire muqueuse n'est nulle part appréciable. Les deux couches de la musculuse, épaissies, dissociées, infiltrées de cellules blanches, sont plus commodés à distinguer, et encore on ne les voit nettement qu'en certains points de la préparation. Les vaisseaux sont lésés par places : il existe un peu de périartérite, mais, ce qui domine, ce sont les altérations veineuses : nombre de veines ont leurs parois épaissies, et autour d'elles, on distingue des amas volumineux, vivement colorés par l'éosine, d'apparence grenue et qui ne sont autres que des blocs en voie de nécrose fibrinoïde. Un de ces amas, plus étendu que les autres, s'étale sous l'ulcération, dont il n'est séparé que par une mince couche de tissu. Immédiatement en dehors de la musculuse, se voient de grandes cavités arrondies, remplies de détritux granuleux et qui représentent autant de lymphatiques sous-séreux. Entre les ganglions et l'intestin, perdus au milieu de la graisse sous-péritonéale qui a subi, immédiate-

ment autour du ganglion, une caséification partielle, on remarque une grosse veine, accompagnée de lymphatiques bourrés de substance granuleuse en voie de désintégration. Non loin d'un des ganglions, on peut voir aussi dans la même région une veine dont les parois ont cédé, et qui est le centre d'un amas dont les éléments ont subi la nécrose fibrinoïde.

A un fort grossissement, mêmes résultats. Il n'existe presque pas de formations tuberculeuses nettes, pas de follicules tuberculeux, et c'est à peine si, à l'intérieur d'un des ganglions, on peut voir une cellule géante, avec son protoplasme caséifié, et ses nombreux noyaux en bordure. Dans la sous-séreuse, apparaissent quelques cellules étoilées, à noyau volumineux, et qui ne sont autres que des cellules nerveuses. La recherche des bacilles, effectuée avec les procédés habituels, n'a donné aucun résultat positif.

b) Sur un autre fragment, on retrouve la même disposition générale, avec, en plus, une grosse masse arrondie, développée autour d'une veine, dont on aperçoit encore la lumière, et qui est, elle aussi, en voie de nécrose fibrinoïde. Sur ce fragment, l'infiltration embryonnaire est peut-être moins accusée, les tuniques plus facilement reconnaissables. Il n'y a pas, non plus, de formations tuberculeuses nettes.

Intestin grêle. — Il paraît beaucoup moins altéré et ne présente aucune formation tuberculeuse évidente; la seule lésion qu'il soit possible d'y déceler, c'est une infiltration embryonnaire, d'ailleurs peu intense, de la muqueuse. Les villosités sont saines, de même les glandes, la musculaire muqueuse, la celluleuse, la musculuse et la séreuse.

Rate. — A un faible grossissement, la capsule ne paraît pas épaissie; les follicules de Malpighi sont très apparents. De place

en place, on découvre des masses de volume variable, de configuration irrégulière, à l'intérieur desquelles rien ne se colore plus ; quelques-unes paraissent développées aux dépens de cavités veineuses ; d'autres, autour d'un follicule de Malpighi. Sur certaines préparations, on observe une artère relativement volumineuse dont la paroi a cédé en un endroit circonscrit, et dont la lumière se trouve partiellement oblitérée par un thrombus fibrineux. En certains endroits, il existe, de plus, de petits foyers hémorragiques.

A un fort grossissement, les masses ne contiennent plus ni cellules, ni noyaux colorables ; la présence, à leur périphérie, de cellules géantes typiques, avec leur couronne de noyaux et leur protoplasma vitreux, achève de leur donner leur véritable signification : ce sont des tubercules caséifiés ; la lésion artérielle précédemment signalée relève sans doute, elle aussi, d'une artérite tuberculeuse.

Foie. — Il est profondément lésé. L'altération la plus évidente, à un faible grossissement, c'est la dislocation des travées hépatiques, la disparition presque totale du parenchyme hépatique, qui a subi la dégénérescence graisseuse. Seules sont conservées les zones péri-sus-hépatiques de quelques lobules. De plus, la surface de chaque préparation est semée de formations tuberculeuses développées, pour la plupart, au niveau d'un espace porte, et contenant des cellules géantes typiques, et entourées, par places, d'une zone de cellules en voie de dégénérescence graisseuse. Certaines d'entre elles paraissent avoir pour origine une veine porte, dont la paroi s'est épaissie en un point au niveau duquel on ne peut, malgré l'emploi des plus forts grossissements, déceler le moindre détail de structure. Dans les espaces portes qui ne sont pas le siège de lésions tuberculeuses

il y a, peut-être, un peu d'épaississement du tissu conjonctif ; les canaux biliaires sont sains ; la capsule de Glisson est légèrement épaissie et infiltrée, mais elle ne présente ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes.

Rein. — Chacune des coupes contient deux à trois grosses masses irrégulières, partiellement confluentes, situées aux confins des substances pyramidale et corticale, au centre desquelles tous les éléments ont subi la nécrose fibrinoïde, tandis qu'à leur périphérie, on peut voir des cellules géantes typiques. Le lésion de l'organe paraît normal ; la capsule n'est pas épaissie les glomérules, les anses de Henle et les canaux excréteurs n'offrent aucune lésion importante ; il en est de même des artères, des veines et des capillaires.

La recherche des bacilles, faite au niveau de ces différents organes, n'a donné que des résultats négatifs,

OBSERVATION VIII

(Geslin)

O... Yvonne, treize ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. Broca le 16 mai 1907.

Comme antécédents héréditaires : Père très bien portant ; la mère a eu une hémoptysie il y a trois ans et une pleurésie il y a deux ans, elle est actuellement vivante et semble améliorée. La petite malade a perdu six frères ou sœurs en bas âge, quatre de cholérine, un de croup, un de méningite. Elle a encore deux frères et deux sœurs tous plus jeunes qu'elle et bien portants.

Comme antécédents personnels : Elle a eu la rougeole à sept ou huit ans et présentait une très bonne santé jusqu'à l'époque

où ont commencé les accidents actuels, elle n'a notamment jamais eu de maladie des bronches ou des poumons.

Le début de l'affection actuelle remonte à exactement deux ans, en mai 1905. L'enfant étant à la campagne est prise assez brusquement de coliques très vives dans l'abdomen, avec prédominance des douleurs à droite. En même temps vomissements alimentaires et bilieux. Aucune température probable, bien qu'on n'ait pas mis le thermomètre. Pas de ballonnement du ventre. Cette crise dure environ deux jours avec des rémissions momentanées. La malade est constipée pendant ces jours-là. Elle ne s'alimente pas pendant cette crise et le médecin n'est pas appelé.

Deux mois plus tard nouvelle crise identique à la première avec douleurs à droite, vomissements et constipations.

Cinq mois plus tard nouvelle crise.

Deux autres crises séparées par des périodes de santé excellente : ni diarrhée, ni constipation.

Puis tous les deux ou trois mois surviennent des crises analogues, pour lesquelles un médecin est appelé en août 1906. Il pense d'abord à de l'entérite, puis à l'appendicite, et l'envoie à Bretonneau. A ce moment l'enfant a maigri de façon assez nette et se sent plus fatiguée. A Bretonneau on constate la présence d'une masse dans la fosse iliaque droite et on parle de tuberculose intestinale. La malade ne reste que sept jours à l'hôpital et part pour la campagne.

Le médecin du pays appelé conclut au carreau.

Pendant le mois de septembre 1906, étant à la campagne la malade s'améliore et reprend 10 livres de son poids. Les crises ne cessent pas cependant. Elles se renouvellent plus ou moins fixement tous les quinze jours, puis toutes les semaines.

Au commencement de mai 1907, consultation aux « Enfants-Malades ». Le D^r Marfan constate la présence d'une masse dans la fosse iliaque droite mais ne fait pas de diagnostic.

L'enfant est renvoyée à huit jours. Le 16 mai 1907 l'enfant est reçue par le D^r Marfan qui trouve la masse iliaque un peu diminuée, mais il adresse l'enfant, cependant, à la consultation du D^r Broca. L'enfant passe dans le service du D^r Broca.

On examine l'enfant à son entrée, le 16 mai 1907. Elle est grande pour son âge, d'aspect assez robuste quoique un peu amaigrie et fatiguée.

Le ventre est d'aspect normal comme forme et coloration. Au moment des coliques, contractions localisées et ballonnement du ventre à droite comme s'il y avait un obstacle à ce niveau.

À la palpation on ne trouve rien à gauche. À droite on remarque une masse à la partie toute supérieure de la fosse iliaque, à plusieurs centimètres au-dessus du point de Mac Burney. Masse de la grosseur d'un petit œuf de poule. Forme elliptique, oblique en bas et en dedans avec un prolongement à l'extrémité inférieure, où elle est plus difficile à délimiter. En haut et en dehors on sent très nettement la tumeur, bien qu'elle soit profonde. Sa consistance est assez ferme. Aucune douleur à la palpation. Les mouvements respiratoires ne la font pas bouger. On peut la mobiliser un peu latéralement et en dedans en introduisant l'extrémité des doigts au-dessous d'elle, mais on ne peut le faire de haut en bas, ni latéralement en dehors. On n'obtient pas de ballottement par la double palpation lombaire et abdominale ; mais la tumeur se sent beaucoup mieux de cette façon.

On examine les poumons, on n'y trouve rien d'anormal. Rien non plus dans les urines.

On peut éliminer tumeur du foie, du rein et même abcès froid ou tuberculose primitive des annexes droites, par la position de la tumeur. Restent les hypothèses : tuberculose des ganglions du mésentère, et appendicite à crises répétées avec anses intestinales adhérentes.

L'âge du sujet éloigne l'idée de cancer.

La tuberculose du cæcum semble très vraisemblable, attendu que la constatation très nette, par le Dr Mouchet, de contractions péristaltiques en amont de la tumeur, permet d'affirmer un obstacle au gaz et aux matières au niveau de cette tumeur. Donc une sténose chronique, et cette sténose chronique ne peut être que tuberculeuse.

La température de la malade se maintient du 16 au 22 mai de 37 à 38 degrés avec très légère élévation de température le soir.

M. Broca l'opère le 22-mai 1907.

Incision de Roux, longue d'une douzaine de centimètres, écartement des muscles, ouverture du péritoine, constatation d'une tuberculose iléo cæcale qui se présente sous l'aspect d'une volumineuse tumeur assez dure, siégeant sur le cæcum et le début du côlon ascendant. L'appendice est en arrière, adhérent au cæcum et turgescent. Le bout du grêle est extrêmement dilaté il présente un volume supérieur à celui du cæcum. Sur sa surface quelques granulations tuberculeuses. Dans l'épaisseur du méso des ganglions assez nombreux, peu volumineux, rejoignant les ganglions mésentériques profonds. On essaye d'abaisser le côlon ascendant, ce qui est très difficile. La tumeur peut cependant être amenée dans la plaie.

Deux fils sont passés sous l'iléon et on fait deux ligatures. Entre les deux fils on sectionne l'intestin au thermocautère. Un

peu de matière s'écoule. On éponge au fur et à mesure. Les parois iléo-cæcales sont très épaissies. Abrasion d'une partie de la collerette intestinale qui dépasse la ligature inférieure. Essai d'enfouissement du bout inférieur. On ne peut pas serrer complètement à cause de la présence d'un petit ganglion interne, le fil casse. La ligature en masse lâche également en partie. Suture totale puis enfouissement séro-séreux double, le premier surjet ayant un peu déchiré la séreuse infiltrée.

On bascule ensuite le bout cæcal de bas en haut et on sectionne progressivement le méso qui y tient en repérant avec des pinces. Double ligature sur le côlon ascendant qui est très réduit de volume et a les parois assez minces. Section au bistouri entre les deux ligatures. Enfouissement du bout supérieur par un surjet séro-séreux. La masse est enlevée. L'iléon est attiré contre le côlon ascendant. On fait l'anastomose latéro-latérale.

Tous les surjets totaux et séro-séreux ont été faits au fil de lin.

On laisse deux mèches et deux drains et l'on suture la paroi en un plan, aux fils de bronze, assez séparés, perpendiculaires à l'incision.

Examen de la pièce. — On la sectionne dans sa longueur. L'iléon est très turgescent et violacé. La valvule de Bauhin est très rétrécie. A ce niveau, volumineuse masse blanchâtre tuberculeuse non ramollie. Au dessus, tissus encore infiltrés mais sains d'apparence au niveau du bout terminal. En somme tuberculose de la valvule iléo-cæcale avec propagation ganglionnaire.

Dans la soirée la malade reste sous l'influence du shock

opératoire, on lui injecte 250 grammes de sérum. Le poulx est assez bon. La température est à 37 degrés.

23 mai. — Le pansement est traversé, on change les compresses superficielles. Assez bon facies. Poulx un peu plus fréquent et moins bien frappé, 37°8 le matin, 38°7 le soir. Deux vomissements chloroformiques dans la nuit précédente, deux injections sous-cutanées de 500 grammes de sérum. L'enfant urine spontanément mais ne rend pas de gaz par l'anus. -

24 mai. — Bon état, poulx rapide mais mieux frappé que la veille, 38°4 le matin et le soir. La malade a dormi la nuit et a rendu des gaz par l'anus. On lui donne un peu de lait coupé d'eau.

25 mai. — Deux selles abondantes et spontanées, 37°8 le matin, 39°8 le soir sans que l'enfant se sente plus mal.

26 mai. — Pansement, les compresses superficielles seules sont changées, on ne touche pas aux profondes ; 38°5 le matin, 39°6 le soir.

27 mai. — Nouvelle selle dans la nuit. Le matin, pansement traversé. Constatation d'une fistule stercorale qui paraît assez grosse par la quantité de matières trouvées dans le pansement. On enlève les compresses profondes et les drains, la fistule paraissant tout à fait sous la paroi. 38°6 le matin, 39 degrés le soir.

28 mai au 10 juin. — L'enfant n'a pas de selles par l'anus et présente des oscillations de température. Le 28 mai, 37°6 le matin et 38°4 le soir ; le 29 mai, 37°5 le matin et 38°5 le soir ; le 30 mai, 37°3 le matin, 38 degrés le soir ; le 31 mai, 38°3 le matin et 39°1 le soir ; le 1^{er} juin, 37°8 le matin et 38°3 le soir ; le 2 juin, 37 degrés le matin, 38 degrés le soir ; le 3 juin, 37°1 le matin et 37°7 le soir ; le 4 juin, 37°1 le matin et 37°7 le soir ; le

6 juin, 37°1 le matin et 37°5 le soir ; le 7, le 8 et le 9 juin, la température reste entre 37 et 38 degrés ; le 10 juin, l'enfant fait encore une élévation de température jusqu'à 39 degrés le soir. La température reste ensuite localisée entre 37 et 38 degrés.

10 juin. — Les matières semblent avoir une tendance à reprendre leur cours. La malade s'est salie pendant la nuit.

10 juillet. — L'enfant sort de l'hôpital, sa fistule s'étant spontanément et presque complètement fermée, mais coulant encore un peu cependant. Selles tous les jours par le rectum. La malade n'a plus jamais eu depuis l'opération de coliques localisées à droite.

15 août. — La malade est revue en bon état.

15 novembre. — Elle est de nouveau revue, elle a beaucoup engraisé et ne souffre plus jamais du ventre.

15 janvier 1909. — Elle est revue en bon état, très engraisée. La plaie est complètement fermée ; la cicatrice est très belle.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose hypertrophique du gros intestin est beaucoup moins exceptionnelle chez l'enfant qu'il n'est classique de le dire ;

2° *Etiologiquement*, elle s'observe surtout à deux âges : de quatre à cinq ans et de dix à treize. Parfois favorisée par le traumatisme elle est habituellement secondaire ;

3° *Cliniquement*, elle affecte, selon les cas, les deux formes suivantes :

Une forme aiguë, exceptionnelle ; une forme chronique qui peut ou rester absolument latente, ou se manifester par des phénomènes d'occlusion intestinale, et, physiquement, par une tumeur occupant la fosse iliaque droite, ou évoluer sous les allures d'une appendicite subaiguë. C'est même avec cette dernière affection qu'est le plus souvent confondu le tuberculome iléo-cæcal ;

4° *Anatomiquement*, elle offre à peu près les mêmes caractères que chez l'adulte, elle peut comme dans l'observation qui a servi de base à ce travail, frapper simultanément plusieurs zones de l'intestin et s'associer à des lésions ulcéreuses, d'ailleurs discrètes.

Le pronostic n'est pas mauvais à condition que la lésion soit enlevée de bonne heure. Elle n'est donc justiciable que d'un *traitement* chirurgical.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BENOIT. — *Th. de Paris*, 1893.
- BILLROTH. — In Benoit.
- COMBY (J.). — Tuberculose de l'intestin. *Traité des Maladies de l'Enfance*. Rueff, édit., 5^e édit., p. 396, 1907, et *Archives de Médecine des Enfants*, 1904, p. 68.
- EPSTEIN. — *Wien. kl. Rundschau*, 28 février 1904.
- FISCHL. — *Handbuch der Kinderheilkunde*. Bd. II, H. 1, p. 178.
- GESLIN. — Tuberculose sténosante du cœcum chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1908-1909.
- GUINON et PATER. — *Bull. Soc. Pédiatrie*, 1908.
- HUTINEL et NOBÉCOURT. — *Les Maladies des Enfants*, t. II, p. 369-379, Asselin et Houzeau, édit., 1909.
- LESNÉ. — Tuberculose de l'estomac et de l'intestin *Traité Gran-cher-Comby*, 2^e édit., t. II, p. 279.
- MÉRY et BABONNEIX. — *Revue de la Tuberculose*, août 1908.
- PHOCAS et CARRIÈRE. — *Nord Médical*, 1^{er} octobre 1901.
- VINAS (M.). — *Revista de la Soc. Med. Argentina*, 1901.

